



3 1761 11970874 1

Government
Publications



HOUSE OF COMMONS
CANADA

**DOING WELL AND DOING BETTER: HEALTH
SERVICES PROVIDED TO CANADIAN FORCES
PERSONNEL WITH AN EMPHASIS ON POST-
TRAUMATIC STRESS DISORDER**

**Report of the Standing Committee on
National Defence**

**The Hon. Maxime Bernier, P.C., M.P.
Chair**

JUNE 2009

40th PARLIAMENT, 2nd SESSION



The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs, in whole or in part, must be obtained from their authors.

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire: <http://www.parl.gc.ca>

Available from Communication Canada — Publishing, Ottawa, Canada K1A 0S9

**DOING WELL AND DOING BETTER: HEALTH
SERVICES PROVIDED TO CANADIAN FORCES
PERSONNEL WITH AN EMPHASIS ON POST-
TRAUMATIC STRESS DISORDER**

**Report of the Standing Committee on
National Defence**

**The Hon. Maxime Bernier, P.C., M.P.
Chair**



JUNE 2009

40th PARLIAMENT, 2nd SESSION

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL DEFENCE

CHAIR

Hon. Maxime Bernier, P.C., M.P.

VICE-CHAIRS

Hon. Bryon Wilfert, P.C., M.P.

Claude Bachand, M.P.

MEMBERS

Steven Blaney, M.P.

Hon. Denis Coderre, P.C.,
M.P.

Jack Harris, M.P.

Hon. Anita Neville, P.C., M.P.

LaVar Payne, M.P.

Ray Boughen, M.P.

Cheryl Gallant, M.P.

Laurie Hawn, M.P.

Pascal-Pierre Paillé, M.P.

OTHER MEMBERS OF PARLIAMENT WHO PARTICIPATED

Dawn Black, M.P.

Rick Casson, M.P.

CLERK OF THE COMMITTEE

Paul Cardegna

LIBRARY OF PARLIAMENT

Parliamentary Information and Research Service

James Cox, Wolfgang Koerner

THE STANDING COMMITTEE ON NATIONAL DEFENCE

has the honour to present its

SECOND REPORT

Pursuant to its mandate under Standing Order 108(2), the Committee has studied health services provided to Canadian Forces personnel with an emphasis on post-traumatic stress disorder.



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119708741>

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION.....	1
EXECUTIVE SUMMARY.....	3
RECOMMENDATIONS.....	5
BACKGROUND.....	13
CONTEXT.....	16
PROFESSION OF ARMS IN CANADA.....	16
CHAIN OF COMMAND RESPONSIBILITIES.....	16
COMMANDING OFFICER RESPONSIBILITIES.....	17
CANADIAN FORCES MEMBER RESPONSIBILITIES.....	18
CANADIAN FORCES HEALTH SERVICES RESPONSIBILITIES.....	18
FEDERAL, PROVINCIAL AND TERRITORIAL RESPONSIBILITIES.....	20
STATISTICS.....	22
THE CENTRAL ISSUES.....	25
ATTITUDE.....	25
THE POLICY-IMPLEMENTATION GAP.....	27
SHORTAGE OF PROFESSIONAL HEALTH CARE PROVIDERS.....	29
THE INDIVIDUAL.....	33
LACK OF UNIT SUPPORT.....	33
QUALITY OF CARE.....	34
CONTINUITY OF CARE.....	36
THE STIGMA.....	37
JOINT PERSONNEL SUPPORT UNIT.....	39
RESERVISTS.....	40

CONTINUING SERVICE	42
THE FAMILY	44
ACCESS TO CARE	45
RESPECT AND EMPATHY	45
BECOMING ENGAGED	46
THE DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE AND THE CANADIAN FORCES.....	47
THE MENTAL HEALTH NETWORK IN THE CANADIAN FORCES.....	47
THE MORAL RESPONSIBILITY.....	48
NOT ENOUGH PEOPLE	48
PREVENTION AND EXTENDED DOCTRINE	51
THE CLINIC.....	52
THIRD LOCATION DECOMPRESSION.....	53
OPERATIONAL TRAUMA STRESS SUPPORT CENTRES.....	54
KEEPING TRACK OF HEALTH INFORMATION.....	55
THE GOVERNMENT	57
ENGAGING GOVERNMENT.....	57
FEDERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL/MUNICIPAL COOPERATION	58
ANNEX A: OPERATIONAL STRESS INJURIES AND POST TRAUMATIC STRESS DISORDER	59
OSI AND PTSD.....	59
PREVENTION.....	61
TREATMENT	62
SUPPORT	63
OSISS.....	63
APPENDIX A: LIST OF WITNESSES	65

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE	71
DISSENTING OPINION OF THE BLOC QUÉBÉCOIS	73
DISSENTING OPINION OF THE NDP.....	75

INTRODUCTION

If there was ever a subject that merited non-partisan attention, this is it.

If there was ever a time to make it better, it is now.

The Canadian Forces Health Services (CFHS) is among the best of its kind in the world. Particularly on battlefields like those in Afghanistan, our wounded soldiers, sailors, airmen and airwomen are provided with the most dedicated, professional and effective medical treatment Canada can provide, from the point of injury, all the way back to a hospital near home in Canada. The Canadian Forces also recognize that the well-being of military families is a crucial cornerstone of troop morale, operational effectiveness and personnel retention. It therefore continues to offer a growing number of health and social support programs for military families.

As effective as current Canadian Forces health care and social support programs are, there is room for improvement. Concern has been expressed over the ability of the Canadian Forces to meet the needs of soldiers recovering after being injured in combat in Afghanistan and in other operations. Of particular worry is the ability of the military health care system to care for the growing number of those suffering operational stress injuries (OSI), including post-traumatic stress disorder (PTSD).

The Standing Committee on National Defence (hereinafter the Committee) examined the provision of health services to the Canadian Forces, with a focus on PTSD. This report concludes that renewed leadership efforts and program improvements are required. However, unlike other reports dealing with these issues, we suggest the provision of adequate health care services for Canadian military personnel and those family members who need it, as a result of military activity conducted at the direction of government, is not only a Canadian Forces issue. It is a whole-of-government responsibility. There are others that can and should help.

Our study was an objective examination of the root causes of main difficulties facing military health care in Canada today. Our overall objective is to offer government credible and workable recommendations to remedy the challenges identified. We hope they will be implemented effectively and efficiently, in a spirit of teamwork across all departments.

Within the military, effective casualty treatment and handling is a significant morale enhancer. If Canadians expect our troops to do what we ask of them, it is only fair that those troops be confident they will be taken care of, should they be injured in the course of doing their duty. Moreover, should they be killed, or injured, physically or psychologically, they must know that their family will be cared for too.

The vast majority of injured personnel receive excellent care. However, there have been instances in which wounded personnel, or members of their families, have not received adequate treatment. Some prior reports, from the Department of National Defence and Canadian Forces Ombudsman and the Auditor General of Canada have highlighted examples of wounded soldiers 'falling through the cracks' and not receiving the care and treatment to which they or their families were entitled.¹

We emphasize our desire to identify root causes, those fundamental reasons why such things as inconsistent policy application, lack of follow-up treatment and a prevailing perception of a negative 'stigma' might exist. The Committee feels that simply throwing money at problems will not prevent them from happening again. Moreover, just because a problem appears in the Canadian Forces does not necessarily mean that is the only place such difficulties exist. Shortages of medical professionals and negative attitudes toward psychological disorders are found in the general population too. Simply directing the Canadian Forces to take action does not always work either, particularly when the Canadian Forces has neither the capability, nor the mandate, to solve the problems identified. Many of the well-intentioned recommendations in past studies do little more than address symptoms of more deep-rooted challenges. This Committee was determined to look diligently for fundamental causes.

We think we found them.

1 Throughout the remainder of this report, for convenience, the terms 'soldier' or 'troops' will occasionally be used to mean all sailors, soldiers, airman and airwomen. We do so with great respect to all Canadian Forces personnel.

EXECUTIVE SUMMARY

The CFHS is among the best of its kind in the world. Particularly on battlefields like those in Afghanistan, our wounded soldiers, sailors, airmen and airwomen are provided with the most dedicated, professional and effective medical treatment Canada can provide. The Canadian Forces also sponsors important social support programs for military families.

As effective as current Canadian Forces health care and social support programs are, there is room for improvement. Concern has been expressed over the ability of the Canadian Forces to meet the growing needs of soldiers injured, both physically and psychologically, in combat in Afghanistan and elsewhere.

The Committee found three over-arching issues that seemed to be at the root of much that is troubling the Canadian Forces health care system.

First, the Committee heard evidence that attitudes toward mental health issues in the Canadian Forces remain largely negative. Such attitudes exist far beyond the Canadian Forces and can be found throughout Canadian society. Worse still, the stigma experienced by people with mental illness can be more destructive than the illness itself.²

We think the Canadian Forces can lead by example in the field of appropriate attitudes toward mental health. Proper attitudes lead to positive practices that treat psychological injuries with the same relative urgency and respect given to physical injuries. Once any injury is inflicted, there is no time to waste. The Committee suggests that, as an example to all Canadians, the Canadian Forces initiate and embed a modern, enlightened view of mental health issues that is scrupulously adhered to by all ranks.

This is the one major step that allows effective improvement in all other areas.

Second, there is a problematic policy-implementation gap. For every senior officer or departmental official who told us of initiatives being taken to improve military health care generally and mental health diagnosis and treatment in particular, we heard at least one junior rank who told us the system was not working for them.

Based on evidence heard, the Committee thinks the main difficulty resides in front-line clinics that are under-resourced and with case managers who are over-worked.

2 See the Canadian Mental Health Association website at http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3&lang=1.

Well-meaning health care providers are being 'burned out'. Somehow, in the midst of such strain, the Canadian Forces must find a way to deliver consistent quality and continuity of care.

We recognize however, the inherent challenges involved when resources are in short supply. This is the third principal issue we discovered. There is a chronic shortage of professional health care providers in Canada.³ When Canadian Forces patients are referred to civilian health practitioners for treatment, they compete for already limited access to care with the existing civilian patient population. Waiting for treatment can be even longer in areas of the country, such as many isolated or rural regions, where there is already a severe shortage of resident medical professionals. As well, Canadian Forces health services compete, just like any other employer, with provinces and established medical institutions for the talents of graduating medical students. A study by the Federal Healthcare Partnership (FHP) noted that the shortage of physicians is reaching "crisis proportions".⁴

The main issue here is recognition of the fact that the shortage of medical professionals is not only a Canadian Forces problem and therefore cannot be solved simply by providing more money and directing the Canadian Forces to recruit more healthcare providers. What is needed here is a whole-of-government approach to mobilize, deploy and sustain sufficient medical health professionals to meet the growing needs of injured Canadian Forces personnel and their families.

From these over-arching issues flow a number of consequential challenges that we have identified and addressed at the individual, family, Canadian Forces, Department of national Defence and government levels.

All the challenges identified by the Committee are solvable. It will take teamwork.

3 See the CMA website at http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/55125/la_id/1.htm.

4 Canadian Medical Forum Task Force on Physician Supply in Canada, November 1999.

RECOMMENDATIONS

RECOMMENDATION 1

The Minister of National Defence and the Chief of the Defence Staff should jointly make a public announcement to all ranks of the Canadian Forces, outlining a high-profile effort to pursue a modern, enlightened and unequivocal view of mental health issues in the Canadian Forces. All commanders of commands, formations and units should also deliver complementary declarations to their personnel, to reinforce implementation at the local level.

RECOMMENDATION 2

The Department of National Defence should cause an independent audit to be conducted of military patient case management practices to determine the extent to which a gap exists between expressed Canadian Forces policy and the actual practices applied to the continuing treatment and care of injured Canadian Forces personnel. Once defined, appropriate measures should be taken, throughout the chain of command, to eliminate the gap and improve patient care.

RECOMMENDATION 3

The Department of National Defence should cause a second audit to be conducted by an independent body, to examine the administrative burden imposed on Canadian Forces health professionals, with a view to determining whether any such administrative duties adversely impact the delivery of effective patient care.

RECOMMENDATION 4

It is recommended that Government recognize, despite the shortage of healthcare professionals in Canada, that the Canadian Forces has an obligation to provide necessary and adequate medical treatment to its members including returning soldiers with continuing need for treatment and services.

Just as the Canadian Forces is expected to provide treatment for physical injury, the Canadian Forces should also be expected to provide soldiers suffering from OSI with the necessary mental health and related services. Related services include, but are not limited to, addictions counselling, marriage and family counselling, occupational therapy and recreational therapy.

Recognizing that the Canadian Forces cannot implement effective remedies alone, a strategy for providing adequate and comprehensive treatment for OSI will require cooperation and support from other government departments. But regardless of the challenges, the Canadian Forces—with assistance from the appropriate government partners—must make every effort to mobilize, deploy and sustain sufficient mental health and related professionals to meet the needs of members of the Canadian Forces and their families.

RECOMMENDATION 5

It is recommended that the Government establish, within one year of the presentation of this report, a National Health Care Resources Monitoring Council, led by Health Canada, composed of health representatives from the Canadian Forces, the Royal Canadian Mounted Police, other appropriate government departments and agencies, other appropriate levels of government and other relevant stakeholders. This Council should meet regularly, at least semi-annually, to review the disposition of all health care capabilities in Canada, review health care needs in various client communities such as the Canadian Forces and military families, identify gaps and consult on measures that could be taken to remedy them.

RECOMMENDATION 6

It is recommended that Health Canada, supported by the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada, complete a detailed audit of health care services available to the Canadian Forces in Canada and around the world, to identify the nature and scope of gaps. In Canada, this would be done in cooperation with provincial, territorial and appropriate municipal authorities. The Committee recommends particular attention be paid to large rural bases, which seem most at risk for lack of health infrastructure. Abroad, it would be done in cooperation with nations in which Canadian Forces personnel are located.

RECOMMENDATION 7

The Canadian Forces should expand recruitment incentive programs for mental health professionals, including the use of student debt relief, grants, bonuses, tuition payment and the purchase of more medical placements at universities, providing provincial assurances can be gained that the money so spent would indeed go to educate nominated Canadian Forces mental health care students.

RECOMMENDATION 8

The Canadian Forces should include treatment for substance abuse and addictions as part of the services offered to sufferers of OSI and PTSD.

RECOMMENDATION 9

The Canadian Forces should ensure that members and their families are provided with information about the risk of domestic violence that is associated with OSI and PTSD, and should provide services to family members who are at risk of or suffering from domestic violence as a result of OSI or PTSD.

RECOMMENDATION 10

The Canadian Forces should develop a formal outreach program to educate contracted health care professionals about the unique nature of military experiences encountered on international missions, particularly those involving any degree of combat.

RECOMMENDATION 11

The Canadian Forces should formally recognize the requirement to include, where appropriate, selected family members in the treatment regime of psychologically injured personnel and take measures to ensure they are consulted and included in treatment plans, to the extent it is helpful to do so.

RECOMMENDATION 12

Where injured Canadian Forces members require continuing assistance in navigating an administratively complex programme of treatment and care, the Canadian Forces should facilitate the use of a designated advocate chosen by the member and provide an appropriate level of cooperation with such advocate. Canadian Forces members should be advised of their right to an advocate. Given the concerns of additional stresses on family members, potential advocates could include retired members of the Canadian Forces and other professionals (e.g. medical doctors, psychologists, spiritual/religious advisors).

RECOMMENDATION 13

The Canadian Forces should give primary consideration to the continuity of quality care for recovering soldiers, over career development options.

RECOMMENDATION 14

The Canadian Forces should monitor the mental health of its members for five years after deployment on operational missions, to ensure effective treatment and tracking of mental health issues.

RECOMMENDATION 15

The Canadian Forces must recognize there still exists a certain culture, perhaps even a prejudice, regarding how mental illness is perceived among its rank and file.

RECOMMENDATION 16

The Canadian Forces should continue its efforts to educate all military personnel on the nature, processing and treatment of OSI, with a particular effort to eliminate any stigma associated with the condition.

RECOMMENDATION 17

The Canadian Forces should embed in all leadership training courses, at all levels, material on identifying and processing personnel with OSI. Enhanced material, for commanders at all levels, should be included in all pre-deployment training too.

RECOMMENDATION 18

The Department of National Defence and the Canadian Forces should move to co-locate all medical facilities on military bases, in a manner that supports the concept that all injuries and ailments will be treated with equal respect and that works to eliminate any lingering stigma associated with mental health issues.

RECOMMENDATION 19

The Department of National Defence should ensure that adequate resources are allocated to the establishment of a sufficient number of the Joint Personnel Support Units and Integrated Personnel Support Centres to provide this level of support and service nation-wide.

RECOMMENDATION 20

Reserve unit chains of command must be intimately and proactively involved in ensuring their returning personnel complete the post-deployment process on time, including all necessary administration, interviews and medical appointments. Where individual Reservists are undergoing continuing care and treatment after full-time service, Reserve unit chains of command must remain in regular contact with CFHS case managers and take an active interest in the soldier's treatment programme.

RECOMMENDATION 21

The Canadian Forces must continue their efforts to inform and educate military members and their families about the nature and treatment of OSI, but with an enhanced focus on Reserve Force commanders, personnel and their families, particularly those who reside at some distance from a military installation.

RECOMMENDATION 22

The Committee encourages the Minister of National Defence and the Canadian Forces to continue to strive for the compassionate application of existing regulations regarding universality of service and minimum operational standards, to allow the continued employment of recovering soldiers, as long as such employment contributes to Canadian Forces operational requirements.

RECOMMENDATION 23

The Department of National Defence should immediately provide enhanced transportation resources (such as modern multi-passenger vans or highway cruiser buses and drivers) to isolated military bases to ensure that military personnel and family members have adequate transportation for access to out-of-town health care services and medical appointments.

RECOMMENDATION 24

The Canadian Forces has an obligation to remind personnel that they have an obligation to keep their families fully informed of medical and social support services available to them. The Canadian Forces must continue to encourage military families to engage those medical and social support services.

RECOMMENDATION 25

In conjunction with other Federal Healthcare Partnership stakeholders, the Department of National Defence, Veterans Affairs Canada and the Canadian Forces should hold an annual national conference on best practices and advancements in military health care overall, with special emphasis on mental health care.

RECOMMENDATION 26

The Canadian Forces should ensure that personnel in units returning from operational tours of duty are exempt any further non-operational deployment away from their unit for the defined duration of the post-deployment reconstitution phase, unless to do so would negatively affect patient well-being according to mental health professionals.

RECOMMENDATION 27

The Canadian Forces should ensure continuity in the chain of command in units returning from operational tours of duty, particularly at lower levels, remains in place, as much as operational requirements allow, during the post-deployment reconstitution phase.

RECOMMENDATION 28

The Canadian Forces should develop health services doctrine to cover the care and treatment of Canadian Forces casualties from the point of evacuation to recovery or release and transfer to Veterans Affairs Canada support.

RECOMMENDATION 29

The Canadian Forces should ensure their extended health services doctrine includes measures addressing OSI from recruitment through to retirement, with particular emphasis on the preparation of soldiers to endure psychological traumas before they engage in combat operations. The Canadian Forces should investigate best practices in psychological preparation for OSI and PTSD.

RECOMMENDATION 30

The Department of National Defence and the Canadian Forces should institute a program, in concert with Provincial and Territorial governments, to monitor best practices for the cooperation and integration of Canadian Forces health services with local community health and social services, and implement common high standards.

RECOMMENDATION 31

The Canadian Forces should ensure that a military padre or contracted religious/spiritual advisors are available at any third location decompression centre and are included in the Canadian Forces strategy on mental health care.

RECOMMENDATION 32

The Canadian Forces should regularly review the composition of the Operational Trauma Stress Support Centre multi-disciplinary teams and remain open to the addition or use of clinical professionals not traditionally found in the military health care system, such as registered marriage and family therapists and that the services thereof be added to the dependents' Extended Health Care schedule of covered benefits.

RECOMMENDATION 33

The Canadian Forces should provide this Committee, the Auditor General of Canada and the Department of National Defence and Canadian Forces Ombudsman with a full, unclassified update of the status of the Canadian Forces Health Information System, along with a meaningful explanation of when it will reach full operational capacity.

RECOMMENDATION 34

The federal government should move immediately to provide the necessary resources to reach full operational capability of the Canadian Forces Health Information Systems project, with the assistance of a database.

RECOMMENDATION 35

The federal government should initiate cooperative programs with provincial and territorial governments, to offer incentives to qualified professional health care workers, to provide their services to Canadian Forces personnel and their families, in locations where there is a shortage of such services.

RECOMMENDATION 36

The federal government should continue to work in cooperation with provincial and territorial governments to enhance relationships between local community health and social services to enhance and Canadian Forces health care services.

After the end of the Cold War, Canadian Forces operations in Croatia, Bosnia, Macedonia, Somalia, Rwanda, Cyprus, and elsewhere produced casualties, some of whom are only being identified now. Throughout the 1990s, as operations increased in both number and intensity, the Canadian Forces was downsized, including health systems and health services. The result was a dramatic reduction of military health care capacity, leaving only those services deemed necessary for future operations.

A government decision was taken to reduce in-garrison health care in Canada and use the civilian health care system where it could. Military in-patient capabilities, all with a psychiatric care capacity, were closed in Ottawa, Valcartier, Halifax and Esquimalt. In-patient addiction rehabilitation services were closed in Valcartier, Kingston, Winnipeg and Esquimalt.

At the same time, the civilian health care sector was under severe financial pressures and in some areas it could not easily accommodate additional Canadian Forces patients. By the late 1990s a Chief of Review Services report confirmed that the Canadian Forces health care system was in trouble. As a result, the Canadian Forces launched a health care project called *Rx 2000*. Its initiatives continue today.

When the Canadian Forces returned to Afghanistan in 2003 and started to suffer combat casualties, there was increasing public awareness that effective military medical services were required on the battlefield, at home and at many points in between. As casualties mounted, particularly after the redeployment of Joint Task Force Afghanistan from Kabul to Kandahar in 2005, wounded soldiers were being evacuated from combat locations, treated at a military hospital in theatre and sent home for further care and recovery. Some of the more grievously wounded were first sent to the world-class United States (US) military hospital in Landstuhl, Germany, for emergency critical care and stabilization, prior to being evacuated to Canada.

Canadians also learned, as they had during the First and Second World Wars, the Korean War and many of the more intense UN missions during the Cold War, that in addition to physical wounds, our troops were also liable to sustain a range of psychological injuries. While the vast majority of our injured military personnel received excellent care at all stages of treatment and recovery, there were a small, but unnerving number of casualties coming forward to reveal that they had not received the level of attention and care to which they were entitled. There were particularly poignant cases found among those suffering psychological wounds.

In February 2002, the Department of National Defence and Canadian Forces Ombudsman published a comprehensive special report entitled *Systematic Treatment of Canadian Forces Members with PTSD*.⁵ It found there was a need for improved procedures dealing with the identification, treatment and administration of Canadian Forces members suffering from PTSD, as well as a requirement for more attentive care for their families. At the same time, it noted that the Canadian Forces recognized these challenges and was being proactive in dealing with them.

An initial follow-up report was published in December 2002. It reported on improved deployment related procedures, enhanced social support mechanisms and renewed commitment and determination on the part of senior leaders to improve the quality of all medical care. On the other hand, it expressed disappointment at continuing negative attitudes, at lower levels, about psychological injuries and the continuing lack of low-level unit support.

Beginning in 2006, a number of media stories discussed cases of soldiers returning from combat operations in Afghanistan suffering from PTSD.⁶ Moreover, in May 2006, a Senate Standing Committee complimented Canadian Forces mental health care initiatives and provided some helpful recommendations for improvement.⁷

Shortly thereafter, in 2007, the Auditor General of Canada produced a report on the military health care system.⁸ It raised a number of procedural concerns within the military health care regime and offered recommendations for improvement. The government agreed with all of them.

This and continuing media coverage of the death and injury of Canadian troops in Afghanistan attracted the attention of the Standing Committee on National Defence, which then decided to conduct a detailed study of health services provided to the Canadian Forces, with a focus on PTSD. The study was conducted between February 2008 and February 2009.

5 PTSD — Post Traumatic Stress Disorder. See Marin, André. *Report to the Minister of National Defence: Systematic Treatment of Canadian Forces Members with PTSD*. Ottawa: DND and Canadian Forces Ombudsman, February 2002, at <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/pts-ssp/index-eng.asp>.

6 *The Canadian Press*. "Canadian soldiers' health at risk after deployment". October 29, 2007, at <http://www.cbc.ca/health/story/2007/10/29/soldiers-study.html>

7 Senate of Canada. *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. The Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology, May 2006, <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/pdf/rep02may06high-e.pdf>,

8 Auditor General of Canada. "Military Health Care". 2007 October Report. Chapter 4, at http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/aud_ch_oag_2007_4_e_23828.htm.

In the course of our study, three more relevant reports were published by the Department of National Defence and Canadian Forces Ombudsman. The first, in April 2008, examined the treatment of injured Reserve Force members.⁹ It found significant inequities in four areas: provision of health care to Reservists; inconsistent standards of care; inadequate benefits for Reservists; and a lack of timely administration of Reserve medical releases. The second report specifically examined the state of mental health services at CFB Petawawa.¹⁰ It generally found that there was a shortage of mental health resources at the Base. Finally, the Ombudsman published a special report in December 2008, which constituted a second follow-up review of the original 2002 special report on PTSD.¹¹ Notable among its findings were that some Canadian Forces members suffering from OSI and their families were still not receiving the care and treatment they needed and that over half of the 31 recommendations in the 2002 report, had not been implemented.

The Committee was cognizant of the fact that while concern for wounded military personnel has tended to center on those injured in Afghanistan, Canadian Forces personnel are sometimes injured in the course of normal garrison or training duties at home in Canada, as well as occasionally in the conduct of other Canadian Forces missions abroad, at sea, in the air or on land.¹²

-
- 9 McFadyen, Mary. *Special Report to the Minister of National Defence: Reserved Care, An Investigation into the Treatment of Injured Reservists*. Ottawa: DND and Canadian Forces Ombudsman, April 2008, at <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/rc-str/index-eng.asp>.
- 10 McFadyen, Mary. *Assessing The State of Mental Health Services at CFB Petawawa*. Ottawa: DND and Canadian Forces Ombudsman, November 12, 2008, at <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/asm-ees/index-eng.asp>.
- 11 McFadyen, Mary. *A Long Road to Recovery: Battling Operational Stress Injuries*. Second Review of the Department of National Defence and Canadian Forces' Action on Operational Stress Injuries, Ottawa: DND and Canadian Forces Ombudsman, December 2008, at <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/osi-tso-3/index-eng.asp>.
- 12 See the full list of current Canadian Forces operations at http://www.forces.gc.ca/site/operations/current_ops_e.asp.

In any study of the Canadian Forces, it is important to recognize certain contextual factors affecting how the Canadian Forces is governed, organized, operated and adapted. These factors are important because they provide much of the rationale as to why some things are as they are and, of importance to this study, provide clues as to how improvements can be made.

PROFESSION OF ARMS IN CANADA

First among the principal contextual factors is the existence and influence of the profession of arms in Canada, which exercises the use of military force on behalf of government and people of Canada. All members of the profession willingly accept unlimited liability, the notion that they may be ordered into harm's way in conditions that could lead to the loss of their lives. Their highest duty is to Canada and is embodied in the tenet, "service before self". Canadian Forces members adhere to the principle of primacy of operations and military leaders are taught to act in accordance with the professional priorities of, "mission, troops, self".¹³

Familiarity with the concept of the profession of arms in Canada is helpful in understanding why obligatory physical standards are imposed on military employment and in understanding why, if those standards cannot be met, military personnel must be reassigned or released from the Canadian Forces. In keeping with the tenet "service before self", no Canadian Forces member is entitled to serve as long as they may want to, nor do they have a right to promotion. Continuing service and promotion are based on merit. That said, the Canadian Forces currently interprets existing regulations in a compassionate way to allow injured soldiers the time they need to recover or prepare for life after military service.

CHAIN OF COMMAND RESPONSIBILITIES

Command is the legal authority to direct action of subordinate units and issue orders to subordinate personnel. The military chain of command holds the professional, legal and moral responsibility for the care and well-being of military personnel under its command.¹⁴

13 Canadian Forces. *Duty With Honour: The Profession of Arms in Canada*. Ottawa: Canadian Defence Academy, 2003.

14 "Command", Chapter 3 of *Queen's Regulations and Orders*. Available on the DND and Canadian Forces website at <http://www.admfincs.forces.gc.ca/qro-orf/index-eng.asp>.

Chapter 4 of *Queen's Regulations and Orders*, dealing with the general responsibilities of officers, specifically states that officers *shall* "promote the welfare, efficiency and good discipline of all subordinates".¹⁵ Officers in command of a base or other unit are expected to exercise command over all officers and non-commissioned members, at the base or other unit.¹⁶ Commanders at all levels are required to be familiar with the personal and professional circumstances of personnel under their command, in order to control and administer them appropriately, in the pursuit of assigned missions.

The military chain of command extends from the Chief of the Defence Staff (CDS) down through all ranks, with two notable aspects. First, no chaplain shall exercise command over any officer or non-commissioned member. Second, "no officer who is not a medical officer shall exercise command over a medical officer in respect to his treatment of a patient."¹⁷

COMMANDING OFFICER RESPONSIBILITIES

Also in the context of this study, Commanding Officers have the following duties:

- a) to assist health care providers in understanding the performance requirements and conditions that normally apply to a particular military member, so that the most appropriate medical employment limitations (MEL) can be assigned;
- b) to inform health care providers when other employment exists within the unit that the Canadian Forces member may be able to perform in accordance with assigned MEL;
- c) to inform health care providers when assigned MEL appear vague or inappropriate in a particular working environment;
- d) to raise concern about imposed MEL with the health care provider or Base Surgeon as required;
- e) in consultation with a medical officer, to identify those unit supervisors who are authorized to receive additional information on MEL; and

15 QR&Os, Chap. 4, Art. 402(1)(c).

16 QR&Os, Chap. 3, Art. 3.23(1).

17 QR&Os, Chap. 3, Art. 3.33.

- f) to ensure information about a MEL assigned to a Canadian Forces member is handled in confidence within the unit, without disclosure to unauthorized personnel.

CANADIAN FORCES MEMBER RESPONSIBILITIES

In the context of this study, we note that every Canadian Forces member has the following duties:

- a) to self-report as sick, without delay, when suffering from or suspecting he or she might be suffering from a disease;
- b) to report to his or her chain of command, any medically based inability to perform duties;
- c) to inform his or her chain of command, when required, any MEL specified by his or her health care provider;
- d) to follow those imposed MEL;¹⁸ and
- e) to follow prescribed medication and treatment regimes.

Serving personnel also have a responsibility to convey information on available support facilities, programs and resources to their families.

CANADIAN FORCES HEALTH SERVICES RESPONSIBILITIES

The Chief of Military Personnel (CMP) is directly responsible to the CDS for the conduct and quality of health care in the Canadian Forces. The head of the clinical practice of medicine in the Canadian Forces is the Surgeon General, who has the right of direct access to the CDS on medical matters.

Also subordinate to the CMP is the Canadian Forces Health Services Group (CFHSG), sometimes referred to as part of Canada's "14th medical system", the organization that actually delivers health care to the Canadian Forces and exercises command and technical control over all military health care facilities in the Canadian

¹⁸ Chief of the Defence Staff, *Disclosure of Medical/Social Work Info to Commanding Officers*, CANFORGEN 039/08 CMP 039 131851Z, Feb 08.

Forces.¹⁹ It includes both medical and dental branches. CFHSG is composed of uniformed and civilian health care providers working in approximately 120 different units of varying sizes in different areas around the world. The units can range from a large group of about 300 health service personnel on bases such as Canadian Forces Base (CFB) Valcartier or CFB Petawawa, to two personnel providing health care support on any of Her Majesty's Canadian ships (HMCS) or at Canada's most northern military station at Alert.

Medical professionals within the Canadian Forces health services system are responsible to the chain of command for the quality of health care given to military personnel.²⁰ Their primary obligation to service personnel is to maintain their health and mental well-being, prevent disease, diagnose or treat any injury, illness, or disability and facilitate their rapid return to operational fitness. This is an important concept. Canadian Forces health care works to put soldiers 'back into the fight'. The Canadian Forces health care system is not intended, nor is it fundamentally designed to provide continuing, long-term care to personnel who will never recover to the point of returning to full duty.

The obligation medical professionals have to the chain of command entails sustaining or restoring service personnel to operational effectiveness and deployability. Medical professionals are responsible for keeping the chain of command informed of the medical status of those under its command, to the degree necessary for optimal employment of those personnel in the attainment of assigned missions. While medical advice should always be treated with respect, the chain of command retains the authority and responsibility to employ personnel under command in a manner appropriate to the circumstances.²¹

Canadian Forces personal medical records are confidential, known only to a Canadian Forces patient and Canadian Forces medical professionals dealing with that patient. In keeping with Canadian privacy laws, military health care providers have a professional duty to safeguard patient medical information from inappropriate disclosure, but they must exercise due diligence in the context of supporting operational effectiveness, while respecting the legal and regulatory framework in which they work. While specific information such as diagnosis and detailed treatment should not be disclosed, an open dialogue, on a need-to-know basis, between medical professionals and the chain of

19 The Canadian Forces health services website can be found at http://www.forces.gc.ca/health/engraph/home_e.asp.

20 Chief of the Defence Staff *Disclosure of Medical/Social Work Info to Commanding Officers*, CANFORGEN 039/08 CMP 039 131851Z, Feb 08.

21 QR&Os, Chap 4, Art. 4.20(1), which reads: "A commanding officer is responsible for the whole of the organization and safety of the commanding officer's base, unit or element, but the detailed distribution of work between the commanding officer and subordinates is left substantially to the commanding officer's discretion."

command, is essential to maintaining the integrity of the Canadian Forces health care system and to ensure that neither the individual nor the mission is compromised.

Military health care providers have the following specific duties:

- a) To provide clear, detailed and relevant MEL information on sick report forms;
- b) to disclose to a Commanding Officer, limitations on a Canadian Forces member's ability to use weapons, complex machinery or equipment;
- c) to disclose additional non-clinical information necessary for the Commanding Officer to assign appropriate duties to the psychologically or physically injured soldier;
- d) to disclose prescribed information to appropriate authorities when required by federal and applicable provincial laws; and
- e) to inform the Base or Area Surgeon when the health care provider has indications that a Commanding Officer is not providing the required support to the patient or is not respecting assigned MEL;²² and
- f) to supervise Canadian Forces patients and ensure they follow prescribed medication and treatment regimes .

FEDERAL, PROVINCIAL AND TERRITORIAL RESPONSIBILITIES

At the federal level, Health Canada's responsibilities for health care include setting and administering national principles for the health care system through the *Canada Health Act* and delivering health care services to specific groups (e.g. First Nations and Inuit). Working in partnership with provinces and territories, Health Canada also supports the health care system through initiatives in areas such as health human resources planning, adoption of new technologies and primary health care delivery.²³

The Canadian constitution does not address health and health care as a single subject nor does it explicitly allocate responsibility to one order of government or another. Both provincial and federal governments have varying degrees of jurisdiction over different

22 Chief of the Defence Staff, *Disclosure of Medical/Social Work Info to Commanding Officers*, CANFORGEN 039/08 CMP 039 131851Z, Feb 08.

23 Health Canada website at <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-eng.php>.

aspects of the health care system.²⁴ However, through a number of court cases and legal interpretations, it is now well accepted that the provinces have primary jurisdiction over the organization and delivery of health care services in Canada. In contrast, Yukon, Nunavut and the Northwest Territories do not have formal constitutional powers over health care, although they have assumed these responsibilities.

While the provinces and territories have primary responsibility for health care delivery, the federal government has constitutional authority and responsibility in a number of very specialized aspects of health care (e.g. the approval and regulation of prescription drugs) and in critical areas of publicly funded health care, including the protection and promotion of health.

The *Canada Health Act* specifically excludes members of the Canadian Forces from the definition of “insured persons” and thereby effectively prohibits Canadian Forces personnel from care and benefits provided by provincial health care systems.²⁵ Responsibility for their healthcare falls upon the Minister of National Defence.

The *Constitution of Canada* bestows responsibility for “Militia, Military and Naval Service, and Defence” in the hands of the federal government.²⁶ The *National Defence Act* (NDA) assigns the Canadian Forces to the Minister of National Defence, who “has the management and direction of the Canadian Forces and of all matters relating to national defence.”²⁷ The CFHS provides health care to Regular and Reserve Canadian Forces personnel and represents the Department of National Defence in the Federal Healthcare Partnership (FHP), an umbrella group of federal departments and agencies that provide health services to specific groups of Canadians, including First Nations and Inuit peoples, members and veterans of the Canadian Forces and members of the Royal Canadian Mounted Police (RCMP).²⁸ Where medical treatment might not be available within the Canadian Forces, it can be acquired from the civilian sector. As explained by Major-General Walter Semianiw, the Canadian Forces Chief of Military Personnel:

Canadian Forces personnel are offered a full range of health services, from health promotion and illness prevention to treatment and rehabilitation. If the health care clinic on a particular base cannot offer a required service, then that service is purchased from

24 This section is taken from Roy Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, Ottawa: Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.

25 *Canada Health Act*, R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c. 8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11.

26 *Constitution Act of 1867*, Section VI, Article 91.7.

27 *National Defence Act*, R.S., 1985, c. N-5, s. 4; R.S., 1985, c. 6 (4th Supp.), s. 10.

28 See the Federal Healthcare Partnership website at <http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/home-accueil.asp?lang=eng>.

the civilian health care sector. Arrangements have been made across the country to ensure that regional care is provided close to the member's immediate family and support system, which is a foundation of the conceptual construct that we have in place.²⁹

STATISTICS

To provide perspective on the scope of the issues being discussed in this report, the following statistics are offered. According to Department of National Defence information received in March 2009, the Canadian Forces casualty summary for Afghanistan in 2008 is as follows:

Year	Killed In Action (KIA)	Non-Battle Deaths (NBD)	Wounded In Action (WIA)	Non-Battle Injuries (NBI)
2002	4	0	8	1
2003	2	0	3	0
2004	1	0	3	5
2005	0	1	2	7
2006	32	4	180	84
2007	27	3	84	298
2008	27	5	124	170
SUB-TOTALS	93	13	404	565
TOTALS	106		969	

Table 1 — Canadian Forces Casualty Statistics as of December 31, 2008³⁰

29 Semianiwi, Major-General Walter, Chief of Military Personnel. *Evidence*. Standing Committee on National Defence, Meeting No. 11, February 7, 2008.

30 E-mail from the Office of the Minister of National Defence to the Library of Parliament, March 3, 2009. Note that the wounded and injury figures reflect only physical injuries.

The Canadian Forces has deployed Rotation Number 7 (ROTO 7). There have been more than 27,000 Canadian Forces personnel deployed to Afghanistan since 2002. Applying the casualty statistics to that number produces the following death and casualty rates, as of the end of 2008:

a) Killed in Action (KIA)	0.34% (1/3 of 1%);
b) Non-battle deaths (NBD)	0.05%;
c) TOTAL DEATH RATE	0.39%;
d) Wounded in action (WIA)	1.5%;
e) Non-battle injuries (NBI)	2.1%;
f) TOTAL WOUNDED RATE	3.6%

These statistics do not include psychological injuries, or OSI, the number of which remains largely unknown. However, to provide a general idea, Brigadier-General Hilary Jaeger, the Canadian Forces Surgeon General, told the Committee that the Canadian Forces now have results from over 8,200 completed screening questionnaires, which show 4% responding in a manner consistent with PTSD, 4.2% consistent with depression, a total of 5.8% consistent with either or both of these conditions, and 13% consistent with any mental health diagnosis.³¹ Applying these percentages to the approximately 27,000 Canadian Forces personnel who have served in Afghanistan since 2002 it would seem that.³²

- a) approximately 1120 Canadian Forces members could exhibit symptoms of PTSD;
- b) approximately 1176 Canadian Forces members could exhibit symptoms of depression;

31 Jaeger, Brigadier-General Hilary, *Evidence*. Meeting No. 4, Session 40-2, February 25, 2009. It is important to note that the risk of displaying symptoms of any type of OSI increases with the number of individual deployments to stressful missions.

32 For interest, according to information received from the Canadian Forces in April 2009, about 23,500 have served one tour of duty in Afghanistan; about 4,000 have served two tours; about 400 have served three tours; and about 20 have served four tours. No one has served five tours of duty in Afghanistan.

- c) approximately 1624 Canadian Forces members could exhibit symptoms of either or both PTSD and depression; and
- d) approximately 3640 Canadian Forces members could exhibit some sort of mental health concern.

The Committee knows these statistics are not exact, nor are they precise enough to begin drawing any specific conclusions. The same individual may be counted in more than one category. Furthermore, symptoms of OSI or PTSD may not be a result of service in Afghanistan. Perhaps a trauma suffered years ago during a tour of duty in the Balkans, or Somalia, or Rwanda could be the root cause. But these issues might be beside the point. The numbers are presented here only to get a general feel for the size of the problem being discussed.

It must be noted however, that the overwhelming majority of Canadian Forces personnel are fit and healthy. They come through the rigours of difficult deployments without difficulty. As noted by Brigadier-General Jaeger, "...it is worth emphasizing that 87% of those screened reported doing well." Nonetheless, this fact in no way diminishes the importance of addressing issues associated with those who have some degree of OSI.

It should also be pointed out that the Committee realizes there are other Canadian Forces personnel suffering from some form of OSI, sustained at home, in other theatres of operation, or in conditions of work other than combat. In focussing on Canada's military mission in Afghanistan we do not intend to neglect these other people who also require help. In fact, we feel that concentrating attention on Afghanistan-related OSI issues will inherently help all Canadian Forces personnel, including those who are veterans of past Canadian Forces missions, and their families who have been touched by any injury—physical or psychological.

In the course of our efforts to understand the numbers involved, we persistently reminded ourselves that the real issue is one of people. Sailors, soldiers, airmen and airwomen and their families are the centre of gravity in this report. We recognize they need and deserve our attention, while they deal with injuries, both physical and psychological, and the effects of those injuries, no matter how large or small.

The Committee closely examined all evidence placed before it and identified three central issues that seemed to be at the root of most, if not all, the difficulties facing the Canadian Forces health care regime. The first was the lack of a positive, aggressive, established attitude toward the diagnosis and treatment of OSI. Second, we identified a problematic gap between policy enunciation at senior levels and its implementation at the unit and clinic level. Finally, the Committee recognizes the chronic shortage of health care professionals available to meet the needs of Canadian Forces members and their families, which requires a whole-of-government effort to solve.

ATTITUDE

The Committee heard evidence that attitudes toward mental health issues in the Canadian Forces remain largely negative. Although discussion tended to remain focussed on soldiers suffering from PTSD, we realize, upon further reflection, that such attitudes also exist far beyond the Canadian Forces, amongst some Canadians.

According to the Canadian Mental Health Association (CMHA), mental illness is common. Statistics show that one in every five Canadians will have a mental health problem at some point in their lives. Mental illness is feared by many people and, unfortunately, still carries a stigma—a mark or sign of disgrace. Because of this stigma, many people hesitate to get help for a mental health problem for fear of being looked down upon. It is unfortunate that this happens because effective treatment exists for almost all mental illnesses. Worse, the stigma experienced by people with a mental illness can be more destructive than the illness itself.³³

There are many myths about mental illness. Within the aggressive and competitive military environment it is sometimes believed that mental illness is caused by a personal weakness. In truth, it is in no way a character flaw. It is an illness, and it has nothing to do with being weak or lacking will-power. Although people with mental illness can play a big part in their own recovery, they did not choose to become ill, and they are not lazy because they cannot just ‘snap out of it’.

33 See the Canadian Mental Health Association website at http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3&lang=1.

The Committee recognizes that men and women may be equally liable to mental illness, but we also acknowledge a growing body of research on men's mental health issues that seems particularly relevant to the military culture in Canada.³⁴ Beliefs about masculinity encourage men's general lack of interest in health issues. Western society's view of the value of men is seen as an important factor affecting men's mental health. Dr. Michael Myers a psychiatrist and clinical professor in the Department of Psychiatry at the University of British Columbia, says, "In men, mental illness can be masked. We've known for decades that women are more apt to recognize illness of any sort and go to their doctor. This doesn't mean women are healthier, but that some men just repress it."³⁵

Evidence presented to the Committee makes it clear that Canadian Forces leadership is working hard to instil appropriate attitudes toward mental health in the Canadian Forces, but perhaps not high or hard enough.³⁶ As will be discussed later, such efforts do not seem to gain much traction at lower levels.³⁷ The Canadian Forces has led Canadian society by example in the past, on issues of gender equality, eliminating discriminatory practices and implementing an enhanced ethical framework. We think the Canadian Forces can again lead Canadian society by example in the field of appropriate attitudes toward mental health.

Proper attitudes precede appropriate action. An attitude that accepts psychological injury in the same way that physical injuries are accepted, will lead to positive practices that treat any psychological injury with the same relative urgency that is given to physical injuries. Once any injury is inflicted, there is no time to waste. To provide an example to all Canadians, we suggest that the Department of National Defence and the Canadian Forces simply, 'get on with it' and initiate a high-level, high-profile, public declaration to establish and embed a modern, enlightened and unequivocal view of mental health issues to be scrupulously followed by all ranks. If done properly, such a declaration will serve as an example for parallel initiatives in other sectors of Canadian society.

34 Ibid.

35 Cited in Canadian Mental Health Association at http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-726&lang=1.

36 Priorities of The Chief of the Defence Staff, shown on his website at make no mention of health care at all. The Canadian Forces Military Human Resource Strategy 2020 contains the term 'mental health' only once in its 50 pages, DND. *Military Human Resource Strategy 2020*, Ottawa: NDHQ/ADM HR (Mil), 2002, at <http://www.cmp-cpm.forces.gc.ca/pd/hrs-smr/doc/hrs-smr-2020-eng.pdf>.

37 See the Canadian Forces Mental Health website at <http://www.forces.gc.ca/health-sante/ps/mh-sm/default-eng.asp>.

RECOMMENDATION 1

The Minister of National Defence and the Chief of the Defence Staff should jointly make a public announcement to all ranks of the Canadian Forces, outlining a high-profile effort to pursue a modern, enlightened and unequivocal view of mental health issues in the Canadian Forces. All commanders of commands, formations and units should also deliver complementary declarations to their personnel, to reinforce implementation at the local level.

THE POLICY-IMPLEMENTATION GAP

The second principal issue was captured in this passage from one Committee meeting:

The testimony we heard in camera was very troubling testimony about mental health services and the lack of timely diagnosis or the lack of treatment that Canadian Forces members and their families felt they had a basic right to expect.

...At the same time, we've heard from people of higher rank within the military who clearly are committed to trying to treat mental health issues properly and effectively. ...But there seems to be this gap between what we're hearing from the upper echelons of the Canadian military and what we've heard from soldiers, not all of whom have been soldiers who returned from Afghanistan. Some were soldiers from our time in Bosnia.

My question to you is about this gap in perception and the gap between the testimony we heard from the individual soldiers and their families, who felt they didn't receive timely attention to their mental health issues, and the reports and testimony we heard about the desire in the higher levels of the military to ensure that they will.

Dawn Black, M.P.
June 17, 2008³⁸

38 Standing Committee on National Defence, *Evidence*, Meeting No. 33, June 17, 2008.

For every senior officer or departmental official who told us of initiatives being taken to improve military health care generally and mental health diagnosis and treatment in particular, we heard at least one junior rank who told us the system was not working for them. The phrase ‘falling through the cracks’ was heard so often it lost its notoriety. The apparent policy-implementation gap was a persistent issue that has not faded, even in the face of new initiatives by Department of National Defence and the Canadian Forces.

The Committee recognizes the fact that recent Canadian Forces patient satisfaction surveys show the vast majority of Canadian Forces members and their families think the provision of Canadian Forces health care services met their needs.

Successful care and treatment is the norm within the Canadian Forces. However, we also recognize that the number of dissatisfied people cannot be ignored and that more effective efforts must be made, at lower levels, to eliminate instances of inadequate care.

The Committee also heard evidence that Canadian Forces medical personnel are overburdened with administrative duties, spending up to 40% of their time on administrative and policy issues. While higher administrative overhead in a relatively small organization can be expected, Canadian Forces medical personnel should be focused on their primary task—front-line care for patients.

More details follow in later sections, but the main problems, according to what we heard, seem to reside in front-line clinics that are under-resourced and with case managers who are over-worked. However, at this point, the Committee is comfortable in recommending that an independent audit be conducted to determine the degree to which the policy implementation gap and administrative overhead problems exist and measures needed to eliminate them.

RECOMMENDATION 2

The Department of National Defence should cause an independent audit to be conducted of military patient case management practices to determine the extent to which a gap exists between expressed Canadian Forces policy and the actual practices applied to the continuing treatment and care of injured Canadian Forces personnel. Once defined, appropriate measures should be taken, throughout the chain of command, to eliminate the gap and improve patient care.

RECOMMENDATION 3

The Department of National Defence should cause a second audit to be conducted by an independent body, to examine the administrative burden imposed on Canadian Forces health professionals, with a view to determining whether any such administrative duties adversely impact the delivery of effective patient care.

SHORTAGE OF PROFESSIONAL HEALTH CARE PROVIDERS

There is an enduring shortage of professional health care providers in Canada. In January 2008, the Canadian Medical Association (CMA) announced a major campaign to draw public attention to the growing physician shortage. According to the CMA, almost 5 million Canadians do not have a family physician and 5 million more could be in the same situation by 2018. Canada needs 26,000 more doctors to meet the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) average of physicians per population.³⁹

There are two important points here. First, when Canadian Forces patients are referred to civilian health practitioners for treatment, they compete for already limited access to care with the existing patient population. Waiting for treatment can be even longer in areas of the country, such as many isolated or rural regions, where there is a severe shortage of resident medical professionals. Second, the recruitment of health care professionals for service in the Canadian Forces does not enjoy an independent source of recruits. The Canadian Forces health services compete, just like any other employer, with provinces and established medical institutions for the talents of graduating medical students. Despite attractive signing bonuses, competitive salaries and a 'distinctive' lifestyle, not all doctors or nurses seek a military career.

The Committee was also made aware of a study by the FHP, entitled, *Study on Recruitment and Retention of Federal Physicians*, published in 2007. The report made clear the increasing pressure of meeting demands for health care services in Canada, along with the fact that the decreasing number of professionals in this field has touched both the private sector and the government at all levels. The FHP noted that the shortage of physicians is reaching crisis proportions as "projections to 2021 suggest the number of

39 See the CMA website at http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/55125/1a_id/1.htm.

physicians per 1,000 population will reach an alarming ratio of 1.4/1000".⁴⁰ Adding to this crisis is the additional estimate that retirements of Canadian physicians will accelerate over the next 10 to 15 years leaving an even greater shortage.

In view of these facts, the FHP thinks it imperative that the federal government address its inability to recruit and retain sufficient qualified medical personnel. In the course of the study leading to the report, several common challenges were identified and four main themes emerged:

- a) Compensation. Federal salary levels have not kept pace with provincial and private sector realities;
- b) Pressing Operational Requirements. The negative impact of contracting services, the increasing need for specialists and experienced physicians, the high turnover of physicians and, the difficulty of managing heavy workloads due, in part, to the lack of administrative support;
- c) Pressing Administrative Requirements. Problems with regards to classification of positions and compensation level, the onerous and inflexible staffing process for the physicians population, and increasing budgetary constraints;
- d) Pressing Qualitative Requirements. Limited opportunities for career development, limited scope of practice and the clash between departmental and medical cultures.

The main issue here is recognition of the fact that the shortage of medical professionals is not only a Canadian Forces problem and therefore cannot be solved simply by providing more money and directing the Canadian Forces to recruit more health care providers. The challenge exists at both the federal and provincial levels. Solutions are beyond single department initiatives. What is needed here is a concerted approach to mobilize, deploy and sustain sufficient medical health professionals to meet the growing needs of injured Canadian Forces personnel and their families.

40 Canadian Medical Forum Task Force on Physician Supply in Canada, November 1999, available at <http://www.physicianhr.ca/reports/PhysicianSupplyInCanada-Final1999.pdf>.

RECOMMENDATION 4

It is recommended that Government recognize, despite the shortage of healthcare professionals in Canada, that the Canadian Forces has an obligation to provide necessary and adequate medical treatment to its members including returning soldiers with continuing need for treatment and services.

Just as the Canadian Forces is expected to provide treatment for physical injury, the Canadian Forces should also be expected to provide soldiers suffering from OSI with the necessary mental health and related services. Related services include, but are not limited to, addictions counselling, marriage and family counselling, occupational therapy and recreational therapy.

Recognizing that the Canadian Forces cannot implement effective remedies alone, a strategy for providing adequate and comprehensive treatment for OSI will require cooperation and support from other government departments. But regardless of the challenges, the Canadian Forces—with assistance from the appropriate government partners—must make every effort to mobilize, deploy and sustain sufficient mental health and related professionals to meet the needs of members of the Canadian Forces and their families.

RECOMMENDATION 5

It is recommended that the Government establish, within one year of the presentation of this report, a National Health Care Resources Monitoring Council, led by Health Canada, composed of health representatives from the Canadian Forces, the Royal Canadian Mounted Police, other appropriate government departments and agencies, other appropriate levels of government and other relevant stakeholders. This Council should meet regularly, at least semi-annually, to review the disposition of all health care capabilities in Canada, review health care needs in various client communities such as the Canadian Forces and military families, identify gaps and consult on measures that could be taken to remedy them.

RECOMMENDATION 6

It is recommended that Health Canada, supported by the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada, complete a detailed audit of health care services available to the Canadian Forces in Canada and around the world, to identify the nature and scope of gaps. In Canada, this would be done in cooperation with provincial, territorial and appropriate municipal authorities. The Committee recommends

particular attention be paid to large rural bases, which seem most at risk for lack of health infrastructure. Abroad, it would be done in cooperation with nations in which Canadian Forces personnel are located.

RECOMMENDATION 7

The Canadian Forces should expand recruitment incentive programs for mental health professionals, including the use of student debt relief, grants, bonuses, tuition payment and the purchase of more medical placements at universities, providing provincial assurances can be gained that the money so spent would indeed go to educate nominated Canadian Forces mental health care students.

THE INDIVIDUAL

Almost all injured military personnel who appeared before the Committee highlighted three principal concerns—their sense of abandonment by their unit; the long, frustrating wait for diagnosis and treatment; and, the uneven quality of treatment provided by medical professionals and case managers.

LACK OF UNIT SUPPORT

Soldiers with injuries or OSI who appeared before us all felt a clear and disappointing sense of abandonment by their unit, that began when they were evacuated from the battlefield, returned from post-deployment leave after returning from Afghanistan, or were transferred to the Service Personnel Holding List (SPHL).⁴¹ Indeed, in 2002, the Ombudsman found there was inadequate contact between Canadian Forces members with PTSD and their units, particularly once the soldier had been placed on the SPHL.

In much of the evidence heard by the Committee, little mention was made of any attention being received from non-commissioned officers (NCOs) and junior officers. Few of the soldiers mentioned anything about the chain of command below Commanding Officers. They felt they had been left to navigate the medical system on their own. One reservist felt he was purposely being shunned by his unit. Another soldier, who had served with valour in Afghanistan and sustained both physical and psychological injuries, was so upset at the lack of attention from his unit he ended up moving home with his parents while undergoing treatment that he felt was too long in coming. He wanted nothing further to do with the Canadian Forces.

There are two aspects here. First, based on the cases before the Committee, once a soldier leaves 'unit lines' and is waiting for medical treatment, they seem to be forgotten by their sub-unit and unit level chain of command. This is explained, in part, because those organizations remain focussed on operations, with attention necessarily devoted to tasks at hand. Second, a problem arises when soldiers are moved back to Base locations to await treatment, beyond their immediate chain of command. It appears that no other group steps in to take over. This is where the feeling of abandonment starts, particularly for a young Private or Corporal who cannot find their way around or, if they are already exhibiting symptoms of OSI, are in no state to be wandering around unsupervised anyway.

41 The SPHL was an administrative measure to manage and monitor those military personnel who were not yet fit enough to return to full duty with an operational unit.

The Committee heard of injured soldiers being left on their own for days in Kandahar Airfield, before being able to fly home to Canada, having food and drink brought to them in their accommodation trailers because they could not walk to the dining facility. This type of story was not unique. It was all the more troubling because all these young soldiers came from established regiments that pride themselves on being able 'to take care of the troops'. Clearly, they must do better.

One witness suggested that some sort of 'holding unit' for injured personnel, other than the purely administrative SPHL, should be established on major Canadian Forces Bases and other locations where there are significant number of injured troops undergoing treatment. This unit would provide trained staff to exercise daily supervision of recovering soldiers and shepherd them through the maze of appointments and treatments associated with their recovery programme. However, the Committee thinks the recent announcement of the Joint Personnel Support Unit (JPSU) addresses the issue of providing adequate supervision and help to recovering soldiers.

The Committee heard ample evidence that OSIs and PTSD are often found in co-morbidity with addiction to drugs and/or alcohol. Addiction co-morbidity can further complicate OSIs and PTSD and present other problems, including legal, for Canadian Forces members.

RECOMMENDATION 8

The Canadian Forces should include treatment for substance abuse and addictions as part of the services offered to sufferers of OSI and PTSD.

RECOMMENDATION 9

The Canadian Forces should ensure that members and their families are provided with information about the risk of domestic violence that is associated with OSI and PTSD, and should provide services to family members who are at risk of or suffering from domestic violence as a result of OSI or PTSD.

QUALITY OF CARE

While the Committee was made aware of a number of examples of excellent care being provided to Canadian Forces members suffering OSI, we also heard from many Canadian Forces personnel and military family members who were critical of the lack of empathy and understanding shown by civilian health care professionals. The most common complaint was that civilian mental health professionals simply did not understand the nature of activity or traumas experienced by Canadian Forces personnel in Afghanistan, particularly those who engaged regularly in combat operations.

In one in-camera session, the Committee heard from an experienced soldier with PTSD that all he wanted was the chance to sit and talk over his experiences with fellow soldiers. Wounded soldiers with symptoms of OSI need to talk over their experiences with a person who understands what they went through, has an evident degree of empathy and is willing just to listen. Apparently some civilian contract medical health professionals are not. On the other hand, some civilian mental health professionals informed us of their concerns about inappropriate military practices and impediments to quality care for Canadian Forces members with OSI.⁴²

RECOMMENDATION 10

The Canadian Forces should develop a formal outreach program to educate contracted health care professionals about the unique nature of military experiences encountered on international missions, particularly those involving any degree of combat.

The mother of a Canadian Forces soldier suffering from PTSD told the Committee that she thought many overworked military medical and mental health professionals were burdened by 'compassion fatigue' and therefore found it difficult to summon up the strength to be caring and empathetic in every case.

Throughout all this, there was clear consensus from all parties that personnel suffering OSI would benefit from some degree of contact with, or participation of, selected family members in their treatment program.

The Committee was told by both families of Canadian Forces members and medical professionals, such as Dr. Greg Passey that family members are susceptible to both caregivers stress and secondary PTSD.⁴³ This makes navigating an administratively complex program of treatment and care difficult for them.

RECOMMENDATION 11

The Canadian Forces should formally recognize the requirement to include, where appropriate, selected family members in the treatment regime of psychologically injured personnel and take measures to ensure they are consulted and included in treatment plans, to the extent it is helpful to do so.

42 See the testimony of Dr. Joyce Belliveau and Dr. Robin Geneau, *Evidence*, Standing Committee on National Defence, Meeting No. 26, May 8, 2008.

43 Passey, Dr. Greg. *Evidence*, Standing Committee on National Defence, Meeting No. 28, May 29, 2008.

RECOMMENDATION 12

Where injured Canadian Forces members require continuing assistance in navigating an administratively complex programme of treatment and care, the Canadian Forces should facilitate the use of a designated advocate chosen by the member and provide an appropriate level of cooperation with such advocate. Canadian Forces members should be advised of their right to an advocate. Given the concerns of additional stresses on family members, potential advocates could include retired members of the Canadian Forces and other professionals (e.g. medical doctors, psychologists, spiritual/religious advisors).

CONTINUITY OF CARE

When recovering soldiers are posted from one unit to another, their continuing care is sometimes interrupted or adversely affected in some other way. The Committee heard from a number of witnesses who had experienced a problem with continuity of care after a move, particularly if that move sends them to an area with a shortage of professional medical specialists.

We recognize the inherent challenges of balancing the operational requirements of the Canadian Forces, the treatment regimen of a recovering soldier and the preferred employment of that soldier. In recalling that the aim is to allow injured soldiers to recover and heal, in order to return to full duty, the Committee suggests that, in the absence of overriding reasons to do otherwise, continuity of care and quality treatment considerations should take priority over career development considerations.

RECOMMENDATION 13

The Canadian Forces should give primary consideration to the continuity of quality care for recovering soldiers, over career development options.

RECOMMENDATION 14

The Canadian Forces should monitor the mental health of its members for five years after deployment on operational missions, to ensure effective treatment and tracking of mental health issues.

THE STIGMA

The issue of a 'stigma' came up frequently. Mental health disorders are viewed pejoratively in the public at large. For many years, it was widely noted that within the military environment psychological injuries were viewed as a sign of weakness. Those who suffered a mental disorder were, sometimes harshly, judged as being 'not tough enough' to be a soldier. The 2002 Ombudsman's report found that those with PTSD are often "stigmatized, ostracized and shunned by their peers and the chain of command." Six years later, the Ombudsman's second follow-up report in 2008 found that the "negative stigma" associated with PTSD and other OSI remained a problem. However, it noted that a number of education initiatives had been launched in the intervening years, but that stronger leadership was needed at the local level.

The Committee heard anecdotal testimony from a number of witnesses, usually of junior rank, that described how, in the military culture, physical wounds that could be seen were more readily accepted, even respected, than psychological wounds that could not be seen and were often thought to be somehow less deserving of respect and might even be considered a sign of weakness, or even more devastating, a lack of courage ('guts'). To be fair, we also heard considerable testimony, mainly from senior ranks, that such views are changing and that all wounds, whether they be physical or psychological, are coming to be seen, and accepted as 'injuries'.

The Canadian Forces has recognized for some time that the stigma surrounding mental illness is a leadership issue. There is evidence that significant improvement is being made. Conducted between 2006 and 2008, a recent survey of Canadian Forces personnel returning from Afghanistan, who had completed their decompression period, clearly shows that over 80% of respondents disagreed with stereotypical stigmatization. They rejected views that people with mental health disorders are weak, that their careers would be adversely impacted and that there would be difficulty getting time off work for treatment. An overwhelming 93.5% said they would not think less of anyone receiving mental health counselling.⁴⁴

Moreover, at a US-Canada Forum on Mental Health and Productivity meeting in November 2008, the Canadian Forces was praised for its success in reducing the stigma associated with mental illness, which has become a significant workforce and productivity issue throughout North America in general.

44 Canadian Forces Survey. *Stigma and Other Barriers to Mental Health Care in Canadian Forces Members Returning from Deployment to Afghanistan*. Anonymous data collected following Third-location Decompression in Cyprus 2006-2008. More than 9000 respondents. Response rate greater than 90%.

The Canadian Forces Mental Health and Operational Stress Injury Joint Speakers Bureau has developed a national education campaign to increase general mental health literacy among all ranks of the Canadian Forces and to remove social barriers to care. To date, over 8,000 military members have received training and education through the campaign.⁴⁵

The Committee believes that remnants of this stigma thrive largely because of the absence of an appropriate, over-arching attitude towards mental health issues in the Canadian Forces, which, as discussed at the beginning of this report, is one of the root causes of many difficulties facing the military health care system.

RECOMMENDATION 15

The Canadian Forces must recognize there still exists a certain culture, perhaps even a prejudice, regarding how mental illness is perceived among its rank and file.

RECOMMENDATION 16

The Canadian Forces should continue its efforts to educate all military personnel on the nature, processing and treatment of OSI, with a particular effort to eliminate any stigma associated with the condition.

RECOMMENDATION 17

The Canadian Forces should embed in all leadership training courses, at all levels, material on identifying and processing personnel with OSI. Enhanced material, for commanders at all levels, should be included in all pre-deployment training too.

But, there are also other, more subtle things that sustain the stigma.

Well-meaning concern over the fact that Operational Trauma Stress Support Centres, located on major Canadian Forces Bases, apparently fail to provide enough privacy is one example. We heard from a number of witnesses who said those seeking mental health help at an Operational Trauma Stress Support Centre cannot do so anonymously because others, including perhaps peers and supervisors, can see a Canadian Forces member going in and out of the building. They fear being ostracized,

45 See DND Backgrounder at <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-eng.asp?id=2844>.

talked about, or worse, enduring adverse career action. The answer, according to some witnesses, is to move mental health clinics off-base, where confidentiality and privacy can be achieved.

Apart from the fact that no evidence exists to support the idea that off-base clinics provide improved confidentiality, this type of move might simply ignore or reinforce the real problem. There are medical professionals who think moving mental health facilities off-base only reinforces the perception of stigma. If psychological injuries are to be treated the same as physical injuries, perhaps Operational Trauma Stress Support Centres should be co-located with other medical services on the base to encourage the equivalency. This issue is discussed further in a later section.

RECOMMENDATION 18

The Department of National Defence and the Canadian Forces should move to co-locate all medical facilities on military bases, in a manner that supports the concept that all injuries and ailments will be treated with equal respect and that works to eliminate any lingering stigma associated with mental health issues.

The physical separation of those who suffer OSI from their unit and peers is another issue that feeds the stigma. Often such patients are left idle at home, with their family, only to venture out when treatment demands it. As comforting as being at home with family might be, it is not 'normal' for a soldier, who usually fills a day on duty within the unit, among peers, where daily routine is largely managed. The Committee thinks that any stigma would be further reduced if, like those with a physical injury, OSI sufferers were engaged in at least a near-normal, supervised daily routine among peers. The establishment of the JPSU will help in this regard.

JOINT PERSONNEL SUPPORT UNIT

On March 2, 2009, the Canadian Forces announced that, over the coming months, a network of eight support centres will open (Vancouver, Edmonton, Shilo, Toronto, Petawawa, Valcartier, Gaagetown and Halifax), known as Integrated Personnel Support Centres (IPSCs), which are all to be subordinate to the JPSU, located in Ottawa.⁴⁶ The JPSU and its satellite IPSCs, are to respond to requests for support and report, through the chain of command, on issues of concern raised by ill and injured CF personnel. They

46 See the JPSU Backgrounder at <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-eng.asp?id=2880>.

aim to improve the quality of health care and services, to ensure military personnel have access to a consistently high standard of care and support across the country, and reduce gaps, overlaps and confusion, so no one 'falls through the cracks'.

The JPSU will coordinate Canadian Forces and Veterans Affairs Canada health care services for military personnel and their families; support serving and releasing Canadian Forces personnel, both Regular and Reserve Force; cater to both referrals and walk-in clients, to long-term injured personnel and to members considering retirement. It responds to queries from family members regarding support services and programs for ill and injured personnel, and provides referrals as appropriate.

RECOMMENDATION 19

The Department of National Defence should ensure that adequate resources are allocated to the establishment of a sufficient number of the Joint Personnel Support Units and Integrated Personnel Support Centres to provide this level of support and service nation-wide.

RESERVISTS

The Department of National Defence and Canadian Forces Ombudsman's report on the inequities of Reserve Force benefits as a result of injury confirms the administrative challenges that have long been facing the Reserve Force. During our study, the Committee acquired evidence that Reserve units are unable to complete necessary administration relating to mental health post-deployment screening. One witness described how he received no contact or support from his small city-based regiment.

In another area of the country, post-deployment screening of 57 soldiers in a strong Reserve regiment was not completed in the six-month time frame defined for the activity. During that period:

- a) 35 of 57 had completed the required medical follow-up;
- b) 14 of 57 had completed the tuberculosis skin test; and
- c) 36 of 57 had completed the Enhanced Post-Deployment Screening survey.⁴⁷

47 Information received from DND on March 19, 2009.

In practice, most returning Reservists are simply given instructions to fill out certain forms at specific times and that they must contact, on their own, a local contracted social worker, to arrange an appointment for an interview. Some of these contracted civilian social workers have been described as having no idea what Reservists did in Afghanistan, no empathy and little interest in digging too deeply into the psychological state of soldiers.

When Reservists come home from an overseas operation, they can be effectively supervised for the duration of their full-time service contract, which may (usually) expire between 60 to 90 days after their return. During that time, injuries or ailments that become apparent can be addressed. In cases where those injuries and ailments are not remedied during the period of the full-time service contract, the contract can be extended until the military member has recovered, or until the soldier wishes to terminate the contract. In either case, Canadian Forces supervision of care and treatment continues.

Difficulties arise in two ways. First, some injuries, particularly OSI, may not become apparent during the life of the full-time service contract. So after about 90 days the Reservist returns to civilian life and at some later point, when they start to have difficulty, they may or may not seek help on their own. The Reserve unit may never know about the problem.

Second, it is a fact that some Reservists, even upon being instructed to complete forms and make appointments, simply do not. Off duty, they cannot be compelled to do so. Reserve unit efforts to organize and complete such administration can face frustrating delays. In some Reserve units, a more proactive approach seems to work, whereby contract civilian social workers are brought to the armouries on a parade night and all returning personnel (usually not a large number in any one Reserve unit) are interviewed individually and the necessary forms completed. Reserve units that take a more passive approach and leave it up to individual Reservists to complete the forms and make interview appointments themselves tend to get less satisfactory results.

RECOMMENDATION 20

Reserve unit chains of command must be intimately and proactively involved in ensuring their returning personnel complete the post-deployment process on time, including all necessary administration, interviews and medical appointments. Where individual Reservists are undergoing continuing care and treatment after full-time service, Reserve unit chains of command must remain in regular contact with CFHS case managers and take an active interest in the soldier's treatment program.

RECOMMENDATION 21

The Canadian Forces must continue their efforts to inform and educate military members and their families about the nature and treatment of OSI, but with an enhanced focus on Reserve Force commanders, personnel and their families, particularly those who reside at some distance from a military installation.

CONTINUING SERVICE

One of the more emotional points that came before the Committee was the issue of whether and how an injured soldier might be allowed to continue serving in the Canadian Forces. It was sometimes amazing to hear from wounded servicemen and women who, no matter what their malady, wanted desperately to remain in uniform, in some capacity. Emotion aside, in the profession of arms in Canada, no one is owed a long military career and no one has a right to promotion. Nonetheless, the issue deserves sober discussion.

Department of National Defence Departmental Administrative Order and Directive (DAOD) 5023-0 spells out the policy on Universality of Service in the Canadian Forces.⁴⁸ The principle of universality of service or 'soldier first' principle holds that Canadian Forces members are liable to perform general military duties and common defence and security duties, not just the duties of their military occupation or occupational specification. This may include, but is not limited to, the requirement to be physically fit, employable and deployable for general operational duties. All Canadian Forces personnel must meet the Minimum Operational Standards.⁴⁹

To execute its mission the Canadian Forces must be given broad authority and latitude in utilizing Canadian Forces members and their skills. The statutory basis for this authority is Section 33 of the NDA, the essence of which is recognized in the *Canadian Human Rights Act* which provides that the duty to accommodate is subject to the principle of universality of service.⁵⁰ Under this principle, Canadian Forces members must at all times and under any circumstances perform any functions that they may be required to perform. This open-ended nature of military service is one of the features that distinguish it from the civilian notion of employment governed by a contract.

48 See DAOD 5032-0 at <http://www.admfincs.forces.gc.ca/dao-doa/5000/5023-0-eng.asp>.

49 See DAOD 5023-1, *Minimum Operational Standards* are found at <http://www.admfincs.forces.gc.ca/dao-doa/5000/5023-1-eng.asp>.

50 *Canadian Human Rights Act*, Subsection 159 at <http://laws.justice.gc.ca/en/ShowFullDoc/cs/H-6///en>.

Injured personnel whose prognosis leads to eventual full employability again are retained in the Canadian Forces while they recover. Some however, whether they suffer from a physical or psychological wound, may still meet Minimum Operational Standards, but will not regain full employability in their former trade because they cannot meet the medical standards for that particular trade. Rather than being released from the Canadian Forces, they may be offered an occupational transfer (OT) to another, less demanding trade.

During testimony, the Committee heard that OT bureaucracy needed to be streamlined to allow transfers to happen quickly, particularly in the cases of OSI sufferers who were eager to get back into familiar, but less demanding surroundings. While we did not pursue this issue in detail, we do wish to note that OT is not entirely the panacea some make it out to be. Recalling the mission orientation of the Canadian Forces, it must be remembered that only personnel who can fully meet employability standards can be retained for their full period of service. All Canadian Forces trades ultimately have an operational role. Postal clerks, cooks and infantrymen find themselves side by side in Afghanistan.

The OT process is not merely a trade reassignment activity. There is more to it than that. Complex considerations are involved related to medical status, qualifications, operational requirements, training schedules etc. Without explicit evidence to the contrary, the Committee cannot find any fault with the existing system. We are confident that the Canadian Forces will continue to take necessary steps to achieve any further efficiency that may be required to allow the timely transfer of injured soldiers to another military trade, in keeping with operational requirements.

Some Canadian Forces personnel are injured so badly and suffer so grievously from physical injury or OSI/PTSD that they will not recover to a level of employability, even in a less strenuous trade. In accordance with universality of service regulations they will usually be released from the Canadian Forces and responsibility for their continuing care will be taken up by Veterans Affairs Canada. Today however, the Chief of Defence Staff applies a good deal of compassion and common sense to the application of existing regulations in order to allow injured soldiers the time and support they need to heal and come to their own decisions about continuing service.

RECOMMENDATION 22

The Committee encourages the Minister of National Defence and the Canadian Forces to continue to strive for the compassionate application of existing regulations regarding universality of service and minimum operational standards, to allow the continued employment of recovering soldiers, as long as such employment contributes to Canadian Forces operational requirements.

It is widely recognized in the Canadian Forces that the well-being of military families is crucial to operational effectiveness. Soldiers in battle should not have to worry about their loved ones at home.

Since 1992, the Department of National Defence has supported a network of more than 40 Military Family Resource Centres (MFRC) in cities and on military bases across the country.⁵¹ When troops deploy on operations, Canadian Forces Bases also mobilize Deployment Support Centres (DSC), populated by military personnel dedicated to supporting families left behind.⁵²

In 2008, the Canadian Forces held the first annual Families Summit, at which MFRC and military family representatives gathered with senior military leaders to discuss how family support services can be enhanced. A national campaign championing the role and importance of military families has been developed, under the title *Military Families: The Strength Behind the Uniform* and there are plans in progress to establish a national Canadian Forces Family Advisory Board that will report twice a year to the Armed Forces Council, to provide advice on military family issues directly to senior Canadian Forces leaders.

Families of military personnel with mental health concerns currently have access to a range of Canadian Forces and Veterans Affairs Canada services and programs, including counselling available through the Member Assistance Program and the Operational Stress Injury Social Support (OSISS) network.⁵³ Support is also provided by the joint Department of National Defence/Veterans Affairs Canada Centre for the Support of Injured Members, Injured Veterans and Their Families (known as 'the Centre') and the National Operational Stress Injuries Centre in Saint Anne de Bellevue, Quebec.⁵⁴ Crisis intervention is available through the network of MFRCs across the country, in the US and in Europe.

51 See the Director of Military Family Support at <http://www.cfpsa.com/en/psp/dmfs/index.asp>.

52 For example, see a DSC website at http://www.army.forces.gc.ca/DSC_Petawawa/index-eng.html.

53 See The Centre's website at <http://www.cmp-cpm.forces.gc.ca/cen/atc-slc/index-eng.asp>. Also see the OSISS website at http://www.osiss.ca/en/graph/index_e.asp?sidecat=1.

54 See the website of the National Centre for Operational Stress Injuries at http://www.vac-acc.gc.ca/clients/sub.cfm?source=steannes/stann_ctre.

ACCESS TO CARE

The provision of health care services to military families, like civilian families, is a provincial responsibility. However, access to that care is uneven. In relatively isolated or rural military bases such as CFB Cold Lake and CFB Petawawa, few, if any, military families have family doctors, due to shortages of medical health professionals in the area, although they do have access to nearby hospitals and emergency clinics. Families that have a family doctor in one location will not necessarily gain another when they move to a different location in the country or overseas.

The Committee heard evidence that even where health care services are available, there may be challenges in getting to it, once again particularly in isolated or rural areas. Family members are sometimes required to travel a considerable distance to attend specialist medical appointments, but do not have regular or reliable means to get there. In this way, what was described to us as an access to care issue, might, in some cases, be just a transportation issue. This is one issue that can be solved by the Department of National Defence and the Canadian Forces.

RECOMMENDATION 23

The Department of National Defence should immediately provide enhanced transportation resources (such as modern multi-passenger vans or highway cruiser buses and drivers) to isolated military bases to ensure that military personnel and family members have adequate transportation for access to out-of-town health care services and medical appointments.

RESPECT AND EMPATHY

Some family members, particularly parents, expressed clear disappointment at the apparent lack of respect and empathy they got from some Commanding Officers, or their representatives, when they sought to intervene on behalf of their son or brother, who, in the cases we heard, held the rank of Private and Corporal.

Also, the operational chain of command apparently has little tolerance for the interest of family members in the administration and care of an injured soldier, particularly if that soldier feels unattended to. Mid-level commanders may chafe at the notion that parents might have an opinion and role in influencing treatment to be given to their son, the soldier. We have already provided a recommendation related to this issue.

BECOMING ENGAGED

The Canadian Forces provide a plethora of military family social support services, many through the network of MFRCs, but others through unit and Base programs. MFRCs are located on major Canadian Forces Bases to support the mainly Regular Force families that reside there. There are other MFRCs, like the one in Calgary, that serve a clientele mainly composed of reserve families. Some, like the MFRC in Ottawa, serve a collection of families from various backgrounds, the only common element being the fact that they have a family member deployed on an operation somewhere.

The Committee is aware of evidence that some military families, both Regular and Reserve, do not take full advantage of MFRCs, or other family support programs. There appear to be two reasons for this. First, serving soldiers, who receive information about family support services during their pre-deployment training, are less than diligent in passing that information on to their spouses. Second, some spouses, particularly those raising a family in a larger urban area and not on a military base, prefer not to get engaged with military family support services, apparently feeling they can do just fine on their own.

These circumstances are particularly prevalent in families with deploying Reserve Force members. In one appearance before the Committee, the parents of one young Reservist, one of whom is a medical doctor, acknowledged they did not act on the family support information provided to them, by their son and his unit, prior to deployment.

While families cannot be compelled to participate in social support programs offered, the Committee does feel they should be respectfully reminded that becoming engaged will help them cope with the absence of their loved one and provide the comfort in knowing the range of help available should they need it. Moreover, it is also important that military spouses and families realize that even if they do not require help during the tour, they may in a position to help another family who is less fortunate. If military families expect to benefit from the myriad of social support programs provided by the Canadian Forces, they have a responsibility to become engaged.

RECOMMENDATION 24

The Canadian Forces has an obligation to remind personnel that they have an obligation to keep their families fully informed of medical and social support services available to them. The Canadian Forces must continue to encourage military families to engage those medical and social support services.

THE DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE AND THE CANADIAN FORCES

THE MENTAL HEALTH NETWORK IN THE CANADIAN FORCES

Over the last ten years, the Department of National Defence and the Canadian Forces have established a range of programs and initiatives to contribute to the identification, prevention and treatment of mental health problems.

The Enhanced Post-deployment Screening Process, a survey conducted 90 to 180 days after the return of deployed troops to Canada, tracks personnel experiencing deployment-related mental health problems. The five Canadian Forces Operational Trauma Stress Support Centres in Esquimalt, Edmonton, Toronto, Ottawa and Halifax have been joined by six Veterans Affairs Canada Operational Stress Injury clinics in Montreal, Fredericton, Quebec City, London, Winnipeg, and Calgary. The Operational Stress Injury Social Support (OSISS) network provides peer support, family counselling and bereavement services across the country.

A Special Advisor to the Chief of Military Personnel (CMP) oversees the management of non-clinical matters related to OSI. An Operational Stress Injury Steering Committee, which includes key senior leadership of the Canadian Forces, studies innovative ways of dealing with OSI, while an arm's-length joint Department of National Defence/Veterans Affairs Canada Mental Health Services Advisory Committee (MHSAC) reports to the CMP and to Veterans Affairs Canada leadership on mental health issues.

These are all admirable initiatives, but as has been covered elsewhere in this report, the real challenges are found in effectively implementing higher policies and direction. To ensure that state-of-the-art practices are available to all Canadian Forces chain of command appointments and mental health professionals the Committee thinks that more strategic advantage can be taken of Department of National Defence and Canadian Forces involvement in the FHP.

RECOMMENDATION 25

In conjunction with other Federal Healthcare Partnership stakeholders, the Department of National Defence, Veterans Affairs Canada and the Canadian Forces should hold an annual national conference on best practices and advancements in military health care overall, with special emphasis on mental health care.

THE MORAL RESPONSIBILITY

Civilian military family members are covered by provincial health care programs. The Canadian Forces has no formal or legislated mandate to treat civilian military family members. Canadian Forces resources are budgeted and allocated on military requirements alone and do not formally take into account the health requirements of military families because the Canadian Forces have no mandate to do so.

Nonetheless, the Committee heard much about the moral responsibility of the Canadian Forces to care for military families. We note however, that the Canadian Forces itself was the first to assume this responsibility many years ago. The Canadian Forces has always offered care and support to its military families *in keeping with the resources available and what it could do*.

Some non-military witnesses arbitrarily spoke of this moral responsibility not only as though it was something new, but in a way that exceeded the Canadian Forces mandate and resources. In recent testimony, a representative of the Department of National Defence and Canadian Forces Ombudsman said, "First, as mental health injuries are the result of military service, and the direct cause of family stress, the Canadian Forces have a moral responsibility to ensure that care and treatment are provided to families."⁵⁵ Not only can the Canadian Forces not *ensure* care and treatment that is beyond their mandate, they also certainly cannot do so if it involves interfering in legislated provincial affairs.

NOT ENOUGH PEOPLE

The central issue facing the Canadian Forces is the shortage of personnel, almost everywhere, almost all the time. This is not a new phenomenon. It has been a significant impediment to all Canadian Forces activity for generations. Despite government authorization and funding that allows an increase in Canadian Forces personnel strength to nearly 100,000 Regular and Reserve personnel, the net growth has been weak.⁵⁶ In many ways, this too is a whole-of-government issue, but it is beyond the scope of this study. What is relevant here is the fact that the extended impact of this chronic shortage is instrumental in thwarting the ability of low-level chains of command to supervise and care for their soldiers.

55 McFadyen, Mary, *Evidence*, Standing Committee on National Defence, Meeting No. 004. February 25, 2009.

56 The CF Regular Force strength has grown by less than 3300 in the past five fiscal years. See the DND Backgrounder at <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-eng.asp?id=2865>.

Personnel growth is also hindered by the steady attrition of mid-level senior officers and senior non-commissioned officers (Sr NCOs), partly as a result of a relentless tempo of operational training and deployment, particularly in Afghanistan.

One consequence of this chronic personnel shortage is the fact that, because of the 'operations primacy' approach in the Canadian Forces, many training establishments have less personnel than they need. To provide the necessary instructional, support or administrative staff required to conduct training activity, military personnel from other units are temporarily assigned to military schools and training activities.

Throughout every year, but mainly during the spring and summer training periods, hundreds, if not thousands of junior military leaders, particularly in the Army, are removed from their units and 'tasked' to instruct, support or administer a variety of training activities at other locations. The bulk of these 'taskings' fall on the Master Corporal, Sergeant, Warrant Officer, Lieutenant and Captain ranks—the very ranks that provide close supervision of soldiers. These 'taskings' usually require the tasked individual to be away from home (again) for up to two months at a time.

Concurrent with the summer 'tasking' period is the annual posting cycle during which many Canadian Forces personnel and their families are re-assigned to new duties elsewhere. Such moves normally come every two or three years over the course of a career.

The case of one Army battalion is instructive. It returned from a seven month tour of duty in Afghanistan in the spring of a year. Their time in Afghanistan had been marked by some of the largest ground combat operations in the history of NATO and in the history of Canada since the Korean War. They had sustained many killed and wounded, but they had fought well and were now home for a rest.

After about three days back in garrison, where necessary administration was completed and equipment turned in, unit personnel were allowed to depart on some well-deserved leave. Most went home to families, living either in garrison, or in other towns across Canada. Some young single soldiers remained on their own, in their quarters, on-base.

In effect, everyone became unsupervised and beyond the observation of their peers and unit chain of command who knew them best. In the nearly three weeks of leave, a few soldiers succumbed to symptoms of OSI, some disruptively and violently so. The problem was, this all happened at home, or beyond the view of the unit chain of command. Families began to suffer too.

When the period of post-deployment leave was finished and unit personnel returned to duty, those soldiers suffering to various degrees from the symptoms of OSI tended not to step forward and self-report their difficulty. Instead, many of the problems came to light

in the form of disciplinary issues resulting from inappropriate behaviour. They became identified as ‘problem soldiers’

At this time, being the beginning of the summer training period, the inevitable ‘taskings’ started to come in. Unit Junior NCOs, Senior NCOs, Warrant Officers and junior officers started to depart for temporary training assignments elsewhere. Young soldiers, a few of whom now obviously suffered from a variety of OSI were increasingly supervised by a dwindling cadre of junior leaders, some of whom had their own post-deployment issues, but who could not escape the increasing workload. All this was happening during the period that the Army theoretically identifies as a post-operation ‘reconstitution’ phase.

It must be remembered too, that this is now also the ‘active posting season’ and some of the battalion’s leadership personnel are packing up and moving their families to a new location, as the military member is re-assigned to a new job.

Just when an experienced, familiar chain of command is needed to bring all unit personnel through the post-deployment phase, part of which involves mental health screening, it is dissipated by the burden of ‘taskings’ and postings. In an interview, a Commanding Officer, who arrived on posting and the Regimental Sergeant Major, who remained in the unit, lamented the circumstances of a chain of command ravaged by ‘taskings’, recalling their deep regret at not being able to do more, but also recalling their feeling of frustration and helplessness in being unable to stem the tide of ‘taskings’.

This brief vignette illustrates that, while no one argues with the pre-eminence of ‘operational primacy’ in the Canadian Forces, there is a requirement to reflect upon what might come second. From what we have seen and heard, the Committee feels that concern for the health, particularly mental health, of personnel in units returning from operational tours of duty should, to the extent and duration required, be given primacy over other considerations. Put bluntly, the continuing health of soldiers should outweigh training challenges of the moment.

RECOMMENDATION 26

The Canadian Forces should ensure that personnel in units returning from operational tours of duty are exempt any further non-operational deployment away from their unit for the defined duration of the post-deployment reconstitution phase, unless to do so would negatively affect patient well-being according to mental health professionals.

RECOMMENDATION 27

The Canadian Forces should ensure continuity in the chain of command in units returning from operational tours of duty, particularly at lower levels, remains in place, as much as operational requirements allow, during the post-deployment reconstitution phase.

PREVENTION AND EXTENDED DOCTRINE

The Committee heard evidence from various professionals that there are few to no preventative diagnostics available at this time for mental health problems before people join the Canadian Forces. Similarly, it would present legal and human rights difficulties to implement a recruitment screening mechanism based on psychological diagnostic tools. Current Canadian Forces training is some of the best in the world and ably provides many soldiers with the tools they need to psychologically prepare them for the stresses they will encounter. Pre-mission training is also some of the best in the world (see Annex on Prevention). However, the Committee believes that more needs to be done to prepare soldiers for the battlefield stresses they could encounter. Research on how to adequately prepare soldiers and prevent OSI and PTSD needs to be a focus—i.e. an ‘ounce of prevention’ is certainly worth a ‘pound of cure’. Current and ongoing advancements in ‘Battlemind’ training in the United States may prove especially fruitful and deserves attention by Canadian Forces medical personnel and policy officers.

As mentioned earlier, the Committee heard a considerable amount of evidence to the effect that operational casualty care on the battlefield is second to none and that all involved are nothing short of courageous, professional and dedicated. Concern over the efficacy of medical care and treatment begins after injured personnel leave the battlefield. Recognizing that the Canadian Forces have proven doctrine covering Health Services Support to Operations, we suggest further effort be devoted to developing extended doctrine covering the period from battlefield evacuation to recovery or transfer to Veterans Affairs Canada support upon release. This doctrine might include such subjects as:

- a) a standardized regimen of continuing care for both physical and psychological injuries, from point of injury to recovery or release;
- b) care and administration upon assignment to the SPHL;
- c) role and responsibilities of the operational chain of command;
- d) role and responsibilities of the medical chain of command;
- e) role and responsibilities of injured personnel undergoing care; and

- f) role of the family in continuing care.

RECOMMENDATION 28

The Canadian Forces should develop health services doctrine to cover the care and treatment of Canadian Forces casualties from the point of evacuation to recovery or release and transfer to Veterans Affairs Canada support.

RECOMMENDATION 29

The Canadian Forces should ensure their extended health services doctrine includes measures addressing OSI from recruitment through to retirement, with particular emphasis on the preparation of soldiers to endure psychological traumas before they engage in combat operations. The Canadian Forces should investigate best practices in psychological preparation for OSI and PTSD.

THE CLINIC

A number of witnesses who appeared before the Committee, including Dr. Greg Passey and Senator Romeo Dallaire, a noted psychiatrist and former Canadian Forces officer respectively, recommended that military mental health clinics should be located off-base, so that those seeking help would not be seen by friends, peers and the chain of command. The same point was made by some personnel participating in a Canadian Forces Patient Satisfaction Survey in January 2009. They wanted a more discreet location.

Another view holds that moving mental health clinics off-base would only aggravate the issue of stigmatization. Besides, going off-base in a small town like Petawawa would not necessarily provide a more discreet location, unless the clinic was placed at some distance. If psychological injuries are to be thought of and treated the same as physical injuries, it stands to reason that they would be attended to in the same facility. Having the Operational Trauma Stress Support Centres remain on base is not only economical and efficient, it is one way of mitigating any inappropriate stigma.

RECOMMENDATION 30

The Department of National Defence and the Canadian Forces should institute a program, in concert with Provincial and Territorial governments, to monitor best practices for the cooperation and integration of Canadian Forces health services with local community health and social services, and implement common high standards.

THIRD LOCATION DECOMPRESSION

Most troops returning from a tour of duty in Afghanistan are required to undergo a short period of 'decompression' in Cyprus, a location specifically chosen to provide a safe and 'normal' atmosphere for a few days, where soldiers can rest and relax after enduring the operational environment of combat in Afghanistan. This period of decompression lasts from three to five days, depending on arrival and departure times of military flights. During their stay in Cyprus, troops are provided with a few hours of briefings about the challenges of reintegration back home. They are given information on OSI and provided with social support contact information should they need it.

It is important to note that while decompression may be useful in identifying some who might display symptoms of OSI, this is not the primary aim of the decompression activity. Decompression is primarily aimed at assisting personnel to ready themselves for reintegration into their family, either as a returning spouse, or returning son or daughter. Families in Canada have managed their lives during the soldier's absence in Afghanistan, but the returning soldier might be expecting to 'pick up where he left off' before his departure. There may be a period of readjustment for both parties. Decompression briefings aim to help the returning soldier understand some of the readjustment challenges he or she may face. It should also be noted that equivalent briefings are made available to spouses and families through MFRCs at home.

The Committee also notes that holistic health and spiritual care are vitally important to many Canadians, including the Canadian Forces. Military padres and/or privately contracted religious/spiritual advisors provide an important service for Canadian Forces members who request and rely on their services. The Committee heard testimony that these religious/spiritual professionals provided excellent services to Canadian Forces members during the decompression state—not to mention at bases across Canada.

RECOMMENDATION 31

The Canadian Forces should ensure that a military padre or contracted religious/spiritual advisors are available at any third location decompression centre and are included in the Canadian Forces strategy on mental health care.

OPERATIONAL TRAUMA STRESS SUPPORT CENTRES

These centres were established in 1999 and are located in Edmonton, Esquimalt, Halifax, Ottawa and Valcartier.⁵⁷ They provide assistance to serving members of the Canadian Forces and their families dealing with stresses arising from military operations. Operational Trauma Stress Support Centres holistically address a myriad of psychological, emotional, spiritual and relationship problems, with a multi-disciplinary team of medical professionals, including a psychiatrist, a psychologist, a social worker, a chaplain and a community health nurse.

Although not mandated to treat civilian family members, Operational Trauma Stress Support Centres, as part of their holistic approach, do sometimes treat families, particularly where the military members has an OSI, or when both spouses are having relationship difficulties.

The Committee notes that relationship and family stress is a further contributor to retention problems and an additional stressor for those suffering from OSIs and PTSD. We heard evidence that suggested the Canadian Forces hire registered marriage and family therapists to be included on the Operational Trauma Stress Support Centre multi-disciplinary team. We feel however, that while such relational treatment might be needed, the Canadian Forces should retain the flexibility to decide whether such professionals need to be hired permanently, or whether their services can be contracted in the local area. Nonetheless, the idea does represent the need to be open to new and alternative treatments that have not traditionally been part of the military health care system.

RECOMMENDATION 32

The Canadian Forces should regularly review the composition of the Operational Trauma Stress Support Centre multi-disciplinary teams and remain open to the addition or use of clinical professionals not traditionally found in the military health care system, such as registered marriage and family therapists and that the services thereof be added to the Dependents' Extended Health Care schedule of covered benefits.

57 See the OTSSC website at <http://www.forces.gc.ca/health-sante/ps/mh-sm/otssc-cstso/default-eng.asp>.

KEEPING TRACK OF HEALTH INFORMATION

It seems that the CFHS does not know how exactly how many Canadian Forces members suffer from OSI. Such records are not aggregated. Past reports of both the Auditor General of Canada and the Department of National Defence and the Canadian Forces Ombudsman were critical of the CFHS for its inability to collate health care information at the national level. A Canadian Forces project to field an information system that could maintain such records was expected to have been completed before now. In the second follow-up report published in December 2008, the Ombudsman remained pointedly critical of the Canadian Forces' apparent lack of success in getting such a system up and running.

Although there are, in fact, a number of processes by which the Canadian Forces can track personnel with particular health issues, they are not precise or disciplined enough to compile and sustain up-to-date information on all patients, all the time.

However, Canadian Forces health records are being computerized, in concert with a national effort to develop electronic health records across Canada. In fact, the Canadian Forces Health Information System (CFHIS) is nearing completion. CFHIS is an electronic health record solution that will securely share information and coordinate care for Regular and Reserve force personnel, anytime, anywhere. It creates a complete health record for every Canadian Forces member by integrating a number of software applications that support a wide range of Canadian Forces health services and functions including: centralized patient registration and scheduling; computerized physician order entry and clinical notes; pharmacy information system; laboratory information system; a radiology information system; and a dental information system.⁵⁸

CFHIS project began rolling out electronic patient registration, scheduling and immunization tracking capabilities to medical and dental clinics across the country in April 2005 and by September it reached the half way point, with 21 sites and 438 trained users accessing new applications. There seems to be no further, current information available on the project and when presented with the opportunity when she appeared before the Committee, the Surgeon General offered no details on the project, leaving Committee members under the impression that little, if anything was being done to address the recommendations of both the Auditor General and Ombudsman. We continue to wonder why the Canadian Forces remains so reticent about what seems to be positive news.

58 See the CFHIS website at <http://www.forces.gc.ca/health-sante/proj/cfhis-sisfc/default-eng.asp>.

RECOMMENDATION 33

The Canadian Forces should provide this Committee, the Auditor General of Canada and the Department of National Defence and Canadian Forces Ombudsman with a full, unclassified update of the status of the Canadian Forces Health Information System, along with a meaningful explanation of when it will reach full operational capacity.

RECOMMENDATION 34

The federal government should move immediately to provide the necessary resources to reach full operational capability of the Canadian Forces Health Information Systems project, with the assistance of a database.

ENGAGING GOVERNMENT

As has been mentioned, concerns over the care and treatment provided to injured Canadian Forces personnel or their families have been aired in a variety of fora in the past two years. In almost all instances, recommendations have been directed at the Canadian Forces or Department of National Defence, both of which readily acknowledge and accept their lead role in providing treatment and care for military personnel and their families. We note, however, that, in exercising their health care responsibilities, both the Canadian Forces and the Department of National Defence will require the assistance and support of other government departments.

For example, the second recommendation in Department of National Defence and Canadian Forces Ombudsman's report on mental health services at CFB Petawawa calls upon the Canadian Forces to:

...establish and properly resource an organization—at the national level—responsible for working with external agencies and all levels of government, as required, to ensure that military families and individual members of the families of military personnel have access to the broad spectrum of services and care they need.⁵⁹

The Committee knows of no Canadian Forces organizations with such a broad mandate and, to our way of thinking, it is inappropriate to direct the Canadian Forces to lead inter-governmental activity. Such a responsibility is political, not military. Recalling that care and treatment of civilian military family members is the legal responsibility of provincial health care plans, the Committee suggests that recommendations such as this require participation beyond the Canadian Forces and Department of National Defence, to engage the Government as a whole.

59

McFadyen, Mary. *Assessing the State of Mental Health Services at CFB Petawawa*. Ottawa: Ombudsman for National Defence and the Canadian Forces, December 2008. p. 15.

FEDERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL/MUNICIPAL COOPERATION

The Committee heard numerous witnesses say how impressed they were with the cooperative arrangements made between the Canadian Forces and provincial and some municipal health institutions in Edmonton and Calgary, Alberta and Valcartier and Quebec City, Quebec. Conversely, the apparent absence of equivalent cooperation in Petawawa, Ontario and Oromocto or Fredericton, New Brunswick was also frequently noted.

We know however, that the Petawawa Centennial Family Health Centre (PCFHC) was established in July 2005 and has provided care for thousands of patients, including those from military families.⁶⁰ It is partnered with the CFB Petawawa MFRC and the Canadian Forces Personnel Support Program. Mental health services for military families are provided by the Pembroke Phoenix Centre.

At CFB Gagetown, the Base Medical Clinic (BMC) has six in-patient beds and a well-equipped emergency department, including X-ray, laboratory, pharmacy, physiotherapy and mental health services.⁶¹ Civilian medical facilities in the local area include the Oromocto Public Hospital, the Dr Everett Chalmers Hospital in Fredericton and the Saint John Regional Hospital.

The Committee is also aware of the substantial partnership established between the CFHS and the Montfort Hospital in Ottawa.

RECOMMENDATION 35

The federal government should initiate cooperative programmes with provincial and territorial governments, to offer incentives to qualified professional health care workers, to provide their services to Canadian Forces personnel and their families, in locations where there is a shortage of such services.

RECOMMENDATION 36

The federal government should continue to work in cooperation with provincial and territorial governments to enhance relationships between local community health and social services to enhance and Canadian Forces health care services.

60 See the PCFHC website at <http://www.pcfhc.ca/about/index.html>.

61 See the BMC website at http://www.army.forces.gc.ca/cfb_gagetown/english/bservices/medical/index.asp.

ANNEX A: OPERATIONAL STRESS INJURIES AND POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

OSI AND PTSD

The term Operational Stress Injury (OSI) is used by the Canadian Forces to include all types of psychological injuries resulting from the myriad stressors encountered in the course of military duty. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is but one kind of OSI.⁶² An OSI is any persistent psychological difficulty resulting from operational duties performed in the course of military service. It re-characterizes these conditions as injury, which is more in keeping with current thinking. OSI is not a legal or a medical term. Unlike PTSD, it is a strictly military term, used by Canada and NATO.

Mental health problems are no less real or legitimate than physical health problems. The brain is the most complex organ in the body and like other parts of the body it can be injured as a result of illness or injury. These injuries and the degree to which they affect brain functions are not a matter of personal will and not within an individual's ability to control. Just as individuals vary so too does the range of severity of their symptoms.

PTSD is a psychological injury caused by the reaction of the brain to a very severe psychological stress such as feeling one's life is threatened. In life threatening circumstances, the brain automatically kicks into 'emergency mode.' The fight or flight or freeze response is activated. The problem that arises in PTSD is the repeated reliving of the trauma leading to a continuous reactivation of this response. This can lead to difficulty functioning personally or professionally.

PTSD, one of the operational stress injuries, is a legitimate medical condition, like any other affecting the human body. It is considered a mental illness and is caused or aggravated by psychological trauma. PTSD often occurs in combination with other personal, social, spiritual and mental health difficulties. Associated problems may include depression, anxiety, alcohol and drug abuse, and difficulty dealing with family, friends, and co-workers.

62 See the DND Backgrounder on OSI and PTSD at <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelies/view-news-afficher-nouvelles-eng.asp?id=2871>.

It should also be made clear that there are a variety of other medical conditions that manifest very similar symptoms as PTSD but which are not PTSD. Symptoms of PTSD include: re-experiencing the event, sometimes by vivid dreams or through flashbacks; avoidance of situations or things that trigger memories of the event; difficulty enjoying or being interested in things the way they used to be, difficulty with intimate feelings; hyper-arousal symptoms such as irritability, the tendency to startle easily and to anger easily, (when these were not present before the event).

PTSD can be accurately diagnosed and effectively treated. As with other health problems, it is more effectively treated if identified early. Delay in treatment of PTSD can lead to aggravated symptoms and can also impede recovery.

Comprehensive care is best provided by skilled and experienced mental health care providers. Once PTSD is formally diagnosed treatment can include both therapy and medication. Medication is helpful and can help control symptoms, but the most effective therapeutic approach in most patients is Cognitive-Behavioural Therapy. The therapy deals with thoughts, feelings and behaviours that have been affected by the trauma. Literature supports this form of therapy as being the most effective.

The great majority of Canadian Forces personnel, approximately 87%, returning from deployment will not have to deal with any mental health issues. Some members, however, will have experienced symptoms of operational stress.

Overseas deployments expose military personnel to events that can cause psychological injury. Modern terms for the different kinds of operational stress are PTSD and OSI.

PTSD is an anxiety disorder. Other anxiety disorders are phobia, panic disorder and obsessive-compulsive disorder. PTSD is not an exclusively military phenomenon, and it is experienced by people regardless of their vocation or workplace. It is caused by an experience in which serious physical harm or death occurred or was threatened. This includes the serious harm or death of a friend or colleague, the viewing or handling of bodies, exposure to a potentially contagious disease or toxic agent, and the witnessing of human degradation (such as sexual assault).

PTSD is a complicated disorder with a wide range of symptoms:

- panic or anxiety (sweating, increased heart rate, muscle tension);
- mood swings, irritability, sadness, anger, guilt, hopelessness and depression withdrawal or difficulty expressing emotion;
- loss of interest in previously enjoyable activities;

- loss of intimacy;
- a preoccupation with the traumatic experience in the form of daydreams, nightmares and flashbacks;
- difficulty concentrating, disorientation and memory lapses, disturbed sleep or excessive alertness (sometimes called hypervigilance);
- erratic behaviour (in an attempt to avoid reminders of the traumatic experience); and
- alcohol or substance abuse.

The CMHA estimates that one in ten people suffers from an anxiety disorder. Many Canadian Forces members dealing with PTSD have developed the disorder as a result of non-military traumatic experiences such as accidents, assaults and natural disasters. Canadian Forces personnel experience of PTSD is, however, coloured by factors that do not always apply outside the realm of military operations. These include isolation from home and loved ones; unfamiliar or hostile populations and climates; extended periods of medium- and high-level stress; and, in many cases, the inability to leave the source of the stress.

Diagnosis of PTSD is complicated by the fact that it is not uncommon for a person who has the disorder to experience another anxiety disorder or a physical ailment at the same time. Diagnosis of PTSD requires that a person experience significant impairment in functioning and that this impairment persist for over a month.

PREVENTION

Primary prevention of mental health problems is in its infancy as a field of study. There is extensive ongoing research into understanding the root causes of stress disorders and “resilience,” or resistance to their effects. This research will guide the continued development of Canadian Forces prevention programs. CFHS has identified several ways to reduce the risk of personnel experiencing service-related mental injuries.

There are programs in place to enhance the self-help skills of Canadian Forces personnel. These initiatives cover healthy living, stress management, anger management, addiction awareness and family violence prevention. For those personnel deploying on stressful operations and missions, good mission preparation and training is critical. This includes education on stress-coping skills, unit cohesion and social support, and awareness of the potential effects of stress. Training is realistic and is designed to bolster confidence in both individual and team capabilities.

Personnel undergo a mental health screening as part of their pre-deployment physical assessment. Deploying personnel also undergo a psychosocial screening by either a chaplain or a mental health professional.

Canadian soldiers about to return to Canada after a lengthy deployment are required to experience a five-day decompression stop on the way home (commonly called Third Location Decompression, (TLD)). At the TLD site, each member has the opportunity to speak with a mental health professional privately and to raise concerns that they may have at that time. Personnel are educated about PTSD/OSI. The mental health team provides information about home, work and community life back in Canada in order to make reintegration less stressful.

The Canadian Forces screening and reintegration policy requires that all personnel returning from an international operation of 60 or more days duration undergo the Enhanced Post-deployment Screening Process between 90 and 180 days after their return to Canada. This screening is meant to better identify those with deployment-related problems, with a particular focus on psychological problems. The Canadian Forces member completes a detailed health questionnaire and has an in-depth interview with a mental health professional. The interviewer completes a form recording a clinical impression and a recommendation for follow-up care. Regular periodic medical check-ups continue the mental health assessment of the Canadian Forces member.

TREATMENT

CFHS, in conjunction with military and civilian partners, is researching treatment options for stress disorders. At present, treatment of PTSD/OSI typically involves a combination of medication and psychotherapy.

The Canadian Forces maintains numerous sites for treatment of PTSD/OSI. The first point of contact for most military personnel who are experiencing mental health problems is the primary care physician at a Base Medical Clinic, who will either provide the required assistance or refer the member to the most appropriate resource. In the case of an emergency, personnel can access a physician during daily sick parade.

Mental Health Programs (MHP), specialized mental health services, are available at the larger Canadian Forces Bases. Elements of these programs will be available at smaller bases depending upon population size and local resource availability. Psychiatrists, psychologists, social workers, mental health nurses, addictions counsellors and Health Services chaplains normally staff the multidisciplinary teams of the MHP.

Operational Trauma Stress Support Centres located across Canada employ a mixed military and civilian staff of psychiatrists, psychologists, social workers, mental health nurses and chaplains. The Operational Trauma Stress Support Centres use a multidisciplinary treatment model to provide assessment, educational outreach, treatment

and research. In addition to providing direct service to Canadian Forces personnel, these centres are involved in consultation with other treatment facilities around the world, and in reviewing the professional literature on trauma, stress and PTSD/OSI. There are five centres: in Halifax, Valcartier, Ottawa, Edmonton, and Esquimalt.

Veterans Affairs Canada operates six operational stress injuries clinics to serve veterans, members of the Canadian Forces and former Royal Canadian Mounted Police officers who have suffered OSI as a result of their service. These clinics are located in Fredericton, Montreal, Quebec City, London, Winnipeg, Calgary, and Vancouver.

SUPPORT

Canadian Forces members, Regular and Reserve, in need can call a 1-800 hotline number to contact the Member Assistance Program, 24 hours a day, from anywhere in the world, for a confidential referral to someone who can help them. The program provides external, short-term counselling for members seeking assistance outside military health services. Family can also receive treatment through the program if this would influence the member's well-being. The program is civilian-based in that it uses professional counsellors provided by the Employee Assistance Services of Health Canada, but it is funded by the Canadian Forces.

OSISS

The Operational Stress Injury Social Support (OSISS) program was established in 2001⁶³ to provide one-on-one support, peer support groups for serving military personnel, veterans, and families, and social support to bereaved families. This program has grown into a robust partnership between the Canadian Forces and Veterans Affairs Canada. Within the Canadian Forces, OSISS is backed up by an educational campaign to help increase general awareness of mental health, provide information on how operational stress can affect individuals, their peers, their subordinates, and those around them, and teach military personnel what they can do to assist those with mental health issues. The goal is to enable Canadian Forces members to recognize early signs of mental health challenges and issues and to take positive action. This educational campaign has been expanded to include Canadian Forces families too, to help them, help them support their loved ones and help them better deal with the effects of mental health problems in their home.

63 See the OSISS website at http://www.osiss.ca/engraph/peer_sn_e.asp.

The National Operational Stress Injuries Centre in St. Anne de Bellevue, Quebec, enable close cooperation between the Canadian Forces and Veterans Affairs Canada medical staffs, particularly in cases governing the transition of Canadian Forces members being released to civilian status and the continuity of their care. The centre provides assessment, treatment, prevention and support services to currently serving personnel, veterans and their families who are suffering from mental health problems related to operational stress.

The Military Family Resource Centres located at all major Canadian Forces Bases are able to provide information on a wide range of subjects of interest to military families, including mental health. Staff at these centres can direct family members in greater need to appropriate service providers.

APPENDIX A: LIST OF WITNESSES

39th Parliament, 2nd Session

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Department of National Defence BGen Hilary Jaeger, Commander of the Canadian Forces Health Services Group, Director General of Health Services and Canadian Forces Surgeon General MGen Walter Semianiw, Chief of Military Personnel	2008/02/07	11
Department of National Defence LCol Gerry Blais, Director, Casualty Support and Administration Col David Weger, Director, Health Services Personnel	2008/02/12	12
Department of National Defence Cdr R.P. Briggs, Medical Advisor to the Chief of Maritime Staff Capt(N) M.E.C. Courchesne, Medical Advisor to the Chief of Air Staff Col A.G. Darch, Medical Advisor to the Chief of Land Staff	2008/02/14	13
As an individual Alain Brunet, Researcher at the Douglas Institute, Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University	2008/03/04	15
Department of National Defence LCol Theresa Girvin, Psychiatrist, Mental Health Services, CFB Edmonton	2008/03/06	16
Department of National Defence LCol Joel Fillion, Senior Staff Officer, Mental Health BGen Hilary Jaeger, Commander of the Canadian Forces Health Services Group, Director General of Health Services and Canadian Forces Surgeon General	2008/03/11	17
Office of the Auditor General of Canada Sheila Fraser, Auditor General of Canada Wendy Loschiuk, Assistant Auditor General		
Department of National Defence Cyndi Greene, Peer Support Coordinator, Calgary and Alberta South Shawn Hearn, Peer Support Coordinator, Newfoundland and Labrador Maj Mariane Le Beau, Manager, Operational Stress Injury Social Support		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Department of Veterans Affairs Canada	2008/03/11	17
Kathy Darte, Manager, Operational Stress Injury Social Support		
Col (Retired) Donald S. Ethell, Chair, Joint Department of National Defence and Department of Veterans Affairs Canada Operational Stress Injury Social Support Advisory Committee		
Department of Veterans Affairs Canada	2008/03/13	18
Doug Clorey, Director, Mental Health Policy Directorate		
Rachel Corneille Gravel, Executive Director, Ste. Anne's Hospital		
Raymond Lalonde, Director, National Centre for Operational Stress Injuries		
Department of National Defence	2008/04/03	19
Col Jean-Robert Bernier, Director, Health Services Operations		
LGen Michel Gauthier, Commander, Canadian Expeditionary Forces Command		
As individuals	2008/04/08	20
Robert Ayres		
Sylvain Chartrand		
Cindy Coady		
Maurice Coady		
Stacey-Lorraine Daza		
George Dumont		
Ann LeClair		
Cindy Smith-MacDonald		
Department of National Defence	2008/04/10	21
LCol Roger R. Barrett, Commanding Officer, 3 rd Battalion, The Royal Canadian Regiment		
LCol Stephen M. Cadden, Commanding Officer, Royal Canadian Dragoons		
LCol Craig L. Dalton, Commanding Officer, 2nd Regiment, Royal Canadian Horse Artillery		
Col Dean J. Milner, Commander, 2nd Canadian Mechanized Brigade Group		
Gagetown Military Family Resource Centre	2008/04/15	22
Beth Corey, Executive Director		
Halifax and Region Military Resource Centre		
Colleen Calvert, Executive Director		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Military Family Services Program		
Celine Thompson, Director		
Petawawa Military Family Resource Centre	2008/04/15	22
Theresa Sabourin, Executive Director		
Department of National Defence	2008/04/17	23
MGen Timothy Grant, Deputy Commander, Canadian Expeditionary Force Command		
LCol Simon Hetherington, Executive Assistant, Chief of the Land Staff, Former Commanding Officer, Provincial Reconstruction Team		
Col Omer Lavoie, Task Force Commander, Counter Improvised Explosives Task Force, Former Battle Group Commander, First Battalion, The Royal Canadian Regiment Battle Group		
As individuals	2008/05/01	24
Paul Franklin		
Audra Franklin		
Jesse Larochelle		
Randall Larochelle		
As an individual	2008/05/06	25
Col (Retired) Pat Stogran, Veterans Ombudsman		
Canadian Forces Grievance Board		
Caroline Maynard, Director, Legal Services		
James Price, Acting Chairperson		
Department of National Defence		
Mary McFadyen, Interim Ombudsman, Office of the National Defence and Canadian Forces Ombudsman		
As individuals	2008/05/08	26
Joyce Belliveau		
Kathrine Carswell		
Michael Kent Carswell		
Chris Clark		
Robert Ferrie		
Robin Geneau		
Tammy Greene-Clark		
Jonathan Shay		
As individuals	2008/05/29	28
Hon. Roméo Dallaire, Senator		
Fred Doucette		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Greg Passey Allan Studd		
Department of National Defence Cmdre J. Bennett, Commander, Naval Reserve BGen G.J.P. O'Brien, Director General, Land Reserve MGen D.C. Tabbernor, Chief, Reserves and Cadets BGen E.B. Thuen, Director General, Air Reserve	2008/06/05	29
Department of National Defence LCol H. Flaman, Surgeon, Land Force Western Area, CFB Edmonton Maj S. West, Base Surgeon, Canadian Forces Health Services Centre Ottawa Cdr D.R. Wilcox, Regional Surgeon, Joint Task Force Atlantic	2008/06/12	31
Department of National Defence LCol Stéphane Grenier Gen Rick Hillier, Chief of the Defence Staff Capt(N) Hans Jung, Deputy Surgeon General MGen Walter Semianiw, Chief of Military Personnel	2008/06/17	33

40th Parliament, 2nd Session

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Department of National Defence	2009/02/25	4
Col A. Darch, Director, Mental Health		
Col (Retired) D. Ethell, Chair, Mental Health Advisory Committee, Veterans Affairs Canada and Department of National Defence		
LCol S. Grenier, Special Advisor , Operational Stress Injuries, Post-Traumatic Stress Disorder		
BGen Hilary Jaeger, Commander of the Canadian Forces Health Services Group, Director General of Health Services and Canadian Forces Surgeon General		
National Defence and Canadian Forces Ombudsman		
Mary McFadyen, General Counsel		

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings (Meetings Nos. 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 21, 25 and 26) is tabled.

Respectfully submitted,

Hon. Maxime Bernier, P.C., M.P.
Chair

Dissenting Report on the Report on *Health Services Provided to Canadian Forces Personnel with an Emphasis on Post-Traumatic Stress Disorder*

Presented by the Bloc Québécois

The Bloc Québécois contributed significantly to the report on *Health Services Provided to Canadian Forces Personnel with an Emphasis on Post-Traumatic Stress Disorder*.

Although the report contains recommendations we endorse, the disregard for Quebec's jurisdiction for health is a major stumbling block.

We do not want to unduly criticize the federal government's actions with regard to health as long as it acts within its areas of jurisdiction. However, there has been a consistent trend at the federal level: its lack of expertise in health care provision. The federal government is closely involved in providing health care to Aboriginal peoples and military personnel, and we note a serious limitation in the quantity and quality of services. The federal government has the worst record with respect to Aboriginal peoples, and similar difficulties have been noted with regard to the Canadian Forces.

The Canadian Forces must often compete for the limited supply of health care professionals, leading to duplication. This is harmful for both levels of government.

Competition is proof that the federal government is not self-sufficient and must rely on the provincial public sector to meet its demand for services.

The federal demand for services also impacts the provincial government. Increased demand due to significant military presence in a region directly affects physician supply for civilians. The waiting list and wait time for taxpayers in hospitals are increasing.

We know that the department currently plans to increase recruitment efforts and strengthen retention measures, which will inevitably increase the number of military personnel. Moreover, the war in Afghanistan has a huge impact on the health of military personnel. It is certainly at higher risk given the difficulty of the work. Inevitably, the demand for health services will increase and the Canadian Armed Forces will have to rely on new personnel to meet their needs.

As stated in the *Constitution of Canada*, the federal government has jurisdiction over the “militia, military, naval service and defence”⁶⁴. With respect to restructuring health care services provided to Canadian Forces personnel, the goal should not be to impose a new way of managing the health system on the provincial government. It already has a well-established health care system. We support the provincial government in retaining full control of its internal management.

At this time, the two levels of government must proceed by way of administrative agreements. There are two departments, two public services, one pool of services for both levels, which creates duplication as well as more red tape and bureaucratic rivalry. In our opinion, the federal government should instead provide the provinces with the financial resources required to meet their real needs.

The Bloc Québécois nevertheless regards recommendations 3, 4, 5, 18, 24 and 29 as clear interference in the jurisdiction of Quebec and the provinces for health. In reading this report, it appears that the Committee did not take into account the specific characteristics and jurisdiction of Quebec and the provinces for health care services. We accordingly object to this report since the federal government has not demonstrated respect for the jurisdiction of Quebec and the provinces for health.

64 *The Constitution Act, 1867*, Part VI, section 91.7.

Supplementary Report of Committee Member Jack Harris

I would like to make the following four points as a supplemental to the report of the committee:

- 1) While the important recommendations made in “Doing Well” continue to have my support, I remain uncomfortable with the overly positive tone that runs throughout the text of the report. The motivation of my New Democrat predecessor on this committee, Dawn Black, in seeking this study was the serious concerns coming from the members of the Canadian Forces and their families concerning the inadequacy of treatment and support for those suffering from Operational Stress Injuries (OSI), such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). For this reason, I feel it unnecessary to continually praise the Department of National Defence for its efforts when, in the case of Operational Stress Injuries, it has failed Canadian Forces members and their families.
- 2) While it is recognized that cooperation with other government departments and agencies is, of course, needed in dealing with OSI, the *overriding responsibility* must remain with the Department of National Defence to *ensure* that Canadian Forces members and their families receive the necessary resources, treatment and support. Operational Stress Injuries are complex and affect the lives of members in a variety of ways. Though providing OSI treatment poses challenges and is unique from the treatment of physical injuries, Canadian Forces members suffering from OSI are as deserving and entitled to the same standard and level of adequate treatment as those members suffering from physical injury alone.
- 3) Recommendation Twelve facilitates the use of an advocate to help Canadian Forces members and their families navigate both the Canadian Forces bureaucracy as well as the complex treatment regime required in many cases of OSI. While I am pleased that the use of an advocate, initially proposed by my colleague Dawn Black, is provided for in the recommendations, I would prefer the recommendation went further and included the establishment of an advocate program. By this I mean that the Canadian Forces would recruit and provide training for individuals who would be assigned to OSI cases to work as advocates on behalf of the members. These could be, for example, former CF

members, as they understand the Canadian Forces culture and system, or professionals from an appropriate field, such as healthcare or social work.

The recommendation for an advocate arose from witness testimony heard during the committee's study. The committee heard from family members of Canadian Forces members, including the father of a member who is himself a former member of the Canadian Forces, of the difficulty they faced in trying to help their loved one navigate the system. The Committee also heard from professionals specializing in the area of post-traumatic stress disorder. These individuals, such as Dr. Greg Passey who is a leading expert in the field and runs a PTSD clinic at Vancouver General Hospital, testified that family members can suffer from secondary PTSD, making it even more difficult to aid their loved one suffering from PTSD. Given the recommendations from both people affected by PTSD and professionals in the field, I believe there is ample evidence supporting the need for an advocate program.

- 4) The new and welcome initiative of Joint Personal Support Units (JPSU), are currently only available in places where major bases exist. While acknowledging this is a beginning only, and is satisfactory for many returning soldiers, it is inadequate for transferred soldiers and for reservists who return to their home communities. It is therefore hoped that the JPSU system will soon be expanded so as to ensure adequate service is available to all returning Canadian Forces personnel.

Respectfully submitted by:

Jack Harris, St. John's East

recommandant la création d'un programme de conseils, en vertu duquel les Forces canadiennes devraient recruter et former des personnes appelées à agir comme conseils auprès des militaires souffrant de TSO. Ces personnes pourraient être d'anciens membres des FC, qui comprennent la culture et les rouages des Forces, ou encore des professionnels dans un domaine pertinent, comme la santé ou le travail social.

Ce sont des témoignages entendus au cours de son étude qui ont amené le Comité à recommander le recours à des conseils. Des parents de membres des Forces canadiennes, dont un père ayant lui-même été militaire, ont parlé de la difficulté à aider leurs proches à cheminer dans le système. Le Comité a aussi entendu des spécialistes du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Ces personnes, dont le D^r Greg Passey, une éminente dans le domaine qui gère une clinique spécialisée à l'Hôpital général de Vancouver, affirment que les membres de la famille peuvent eux aussi souffrir d'une forme secondaire de SSPT et qu'il est alors plus difficile pour eux d'aider leur proche aux prises avec le SSPT. Les témoignages des deux personnes touchées par le SSPT et des spécialistes du domaine confirment amplement, à mon avis, la nécessité d'offrir un programme de conseils.

4) Les unités interarmées de soutien au personnel (UISP), une nouvelle initiative qui vient à point nommé, n'existent que dans l'entourage des grandes bases. Elles n'en sont évidemment qu'à leurs débuts, et se sont avérées satisfaisantes pour bon nombre de soldats revenus de mission, mais les soldats mutés et les réservistes qui retournent dans leur collectivité ne reçoivent pas d'elles les services offerts à d'autres. Espérons donc que l'on étendra bientôt le réseau d'UISP afin d'offrir un service égal à tout le personnel des Forces canadiennes.

Respectueusement soumis par :

Jack Harris, député de St. John's-Est

J'aimerais ajouter les points suivants au rapport du Comité :

- 1) Je suis toujours d'accord avec les recommandations importantes comprises dans le rapport, mais le ton un peu trop optimiste du rapport continue de m'agacer. Si Dawn Black, la députée néo-démocrate qui était là avant moi, a demandé cette étude, c'est en raison des graves préoccupations exprimées par les membres des Forces canadiennes et leurs familles au sujet des soins et du soutien insuffisants que reçoivent les militaires souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel (TSO), en particulier du syndrome de stress post-traumatique. Je pense qu'il n'y a pas lieu de louer le ministère de la Défense nationale sur toute la ligne quand, dans le dossier des traumatismes liés au stress opérationnel, il ne s'est pas montré à la hauteur des attentes des membres des Forces canadiennes et de leurs familles.
- 2) J'admets qu'il est nécessaire d'avoir la coopération d'autres ministères et organismes pour le traitement des TSO, mais c'est au ministère de la Défense nationale qu'il *incombe en premier lieu de veiller* à ce que les membres des Forces canadiennes et leurs familles reçoivent les ressources, les soins et le soutien nécessaires. Les traumatismes liés au stress opérationnel sont complexes et peuvent changer la vie des personnes qui en souffrent de bien des façons. Même si les TSO nécessitent des soins compliqués et bien différents des blessures physiques, les membres des Forces canadiennes qui en sont victimes méritent la même qualité et le même niveau de soins que ceux qui souffrent uniquement d'une blessure physique.

- 3) La recommandation 12 facilite le recours à un conseil désigné pour aider les membres des Forces canadiennes et leurs familles à s'y retrouver dans le dédale administratif des Forces canadiennes et le régime de soins complexes que nécessitent souvent les TSO. Je suis heureux de voir que l'idée du recours à un conseil, proposée à l'origine par ma collègue Dawn Black, a été retenue dans les recommandations, mais j'aurais préféré qu'on aille un peu plus loin en

Néanmoins les recommandations 3, 4, 5, 18, 24 et 29 sont clairement pour le Bloc Québécois une ingérence pour le Québec et les provinces en matière de santé. Nous constatons à la lecture de ce rapport que les membres du comité non pas cru bon de tenir en considération la spécificité et la compétence du Québec et des provinces dans la l'attribution des soins de santé. En ce sens, nous nous objectons à ce rapport à cause du non-respect du gouvernement fédéral à l'égard de la juridiction du Québec et des provinces dans le domaine de la santé.

Une demande fédérale de prestations de services a également des suites négatives pour le niveau provincial. En effet, un apport supplémentaire du au fait d'une présence militaire importante dans une région entraîne un effet direct sur la disponibilité des médecins pour les civils. La liste et le temps d'attente pour les contribuables dans les hôpitaux s'accroissent.

Nous savons qu'il est présentement dans l'intention du ministère d'augmenter les efforts de recrutement et de consolider des mesures de rétention, ce qui inévitablement provoquera une hausse du nombre de militaires. De plus, il n'est pas à négliger l'impact que la guerre en Afghanistan a sur la santé des militaires. La clientèle militaire est certainement une clientèle à risque plus élevé du fait de la dureté du métier. Inévitablement, il aura un accroissement de la demande de prestations de services dans le domaine de la santé et les Forces armées canadiennes devront faire appel à de nouveaux effectifs pour combler leurs besoins.

Tel que précisé dans la *constitution* du Canada, l'autorité concernant « la milice, le service militaire et le service naval, et la défense du pays »⁶⁴ revient au gouvernement fédéral. Dans l'optique d'une restructuration des soins de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, l'objectif ne devrait pas être d'imposer une nouvelle façon de gérer le système de santé au gouvernement provincial. Le gouvernement provincial a déjà à son actif un système de santé bien implanté, nous sommes en faveur que celui-ci conserve le plein contrôle de leur gestion interne.

Au moment présent, les deux gouvernements doivent procéder par ententes administratives. Donc, deux ministères, 2 fonctions publiques, un bassin de services sollicité pour les deux paliers, ce qui crée une duplication, un dédoublement ainsi qu'une accentuation et une rivalité bureaucratique. Nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral doit plutôt fournir aux provinces les besoins financiers qui reflètent la réalité.

**Rapport dissident concernant le rapport des Services de santé
offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le
cas des troubles de stress post-traumatique**

Présenté par le Bloc Québécois

Le Bloc Québécois a apporté une participation majeure au rapport des Services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique.

Bien que le rapport contienne des recommandations auxquelles nous adhérons, il y a quant à nous une pierre d'achoppement majeure dans le non-respect de la juridiction du Québec dans le domaine de la santé.

Nous ne voulons pas critiquer indument le comportement du fédéral dans le domaine de la santé tant qu'il agit dans ses champs de compétences. Cependant, il y a une constante qui se dégage du palier fédéral et c'est son manque d'expertise dans le domaine de l'octroi des soins de santé. Le gouvernement fédéral est impliqué de proche dans la santé des autochtones ainsi que dans la santé du personnel militaire et nous constatons une limitation importante dans la qualité et la quantité des prestations. Les autochtones sont le segment de la société avec le bilan le plus négatif. On constate des difficultés similaires en ce qui concerne les Forces canadiennes.

Les Forces canadiennes doivent souvent compétitionner avec un grand besoin de professionnels dont le nombre est restreint ce qui engendre une duplication et une chasse aux professionnels. Cette situation est négative pour les deux paliers de gouvernement.

La présence d'une compétition concurrentielle est la preuve que le gouvernement fédéral n'atteint pas l'autosuffisance et qu'il doit recourir au secteur public provincial pour suffire à sa demande de prestations.

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents (séances n^{os} 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 21, 25 et 26) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

L'hon. Maxime Bernier, c.p., député

40^e Législature, 2^e Session

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

Ministère de la Défense nationale

2009/02/25

4

Col A. Darch, directeur, Santé mentale

Col (à la retraite) D. Ethell, président, Comité consultatif en santé mentale, Anciens combattants Canada et ministère de la défense nationale

Lcol S. Grenier, conseiller spécial, Traumatisme lié au stress opérationnel et Trouble de stress post-traumatique

Bgén Hilary Jaeger, commandant du groupe des services de santé des forces canadiennes, directrice générale des services de santé et médecin-chef des forces canadiennes

Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes

Mary McFadyen, avocate générale

Réunion	Date	Organisations et individus
33	2008/06/17	Ministère de la Défense nationale Lcol Stéphane Grenier Gén Rick Hillier, chef d'état-major de la défense Captv Hans Jung, médecin-chef adjoint Mgén Walter Semianiw, chef du personnel militaire

Organisations et individus			Réunion
Comité des griefs des Forces canadiennes	Ministère de la Défense nationale	Col (à la retraite) Pat Stogran, ombudsman des vétérans	25
		Caroline Maynard, directrice, Services juridiques	
		James Price, président intérimaire	
À titre personnel	Ministère de la Défense nationale	Mary McFadyen, ombudsman intérimaire, Bureau de l'Ombudsman de la Défense nationale et Forces canadiennes	26
		Joyce Belliveau	
		Kathrine Carswell	
À titre personnel	Ministère de la Défense nationale	Michael Kent Carswell	28
		Chris Clark	
		Robert Ferrie	
À titre personnel	Ministère de la Défense nationale	Robin Geneau	29
		Tammy Greene-Clark	
		Jonathan Shay	
Ministère de la Défense nationale	Ministère de la Défense nationale	L'hon. Roméo Dallaire, sénateur	2008/05/29
		Fred Doucette	
		Greg Passey	
Ministère de la Défense nationale	Ministère de la Défense nationale	Allan Studd	2008/06/05
		Cmdre J. Bennett, commandant, Réserve navale	
		Bgèn G. J.P. O'Brien, directeur général, Réserve terrestre	
Ministère de la Défense nationale	Ministère de la Défense nationale	Mgèn D.C. Tabbernor, chef, Réserves et Cadets	2008/06/12
		Bgèn E.B. Thuen, directeur général, Réserve aérienne	
		Lcol H. Flaman, médecin-chef, Secteur de l'Ouest de la Force terrestre, BFC Edmonton	
Ministère de la Défense nationale	Ministère de la Défense nationale	Maj S. West, médecin-chef de la base, Centre des services de santé des Forces canadiennes Ottawa	31
		Capit D.R. Wilcox, médecin-chef régional, Force opérationnelle interarmées de l'Atlantique	

Organisations et individus		Date	Réunion
21	Ministère de la Défense nationale	2008/04/10	21
	Lcol Roger R. Barrett, commandant, 3 ^{ème} Bataillon, The Royal Canadian Regiment Lcol Stephen M. Cadden, commandant, Royal Canadian Dragoons Lcol Craig L. Dalton, commandant, 2 ^{ème} Régiment, Royal Canadian Horse Artillery Col Dean J. Milner, commandant, 2 ^{ème} Groupe-Brigade mécanisé du Canada		
22	Centre de ressources familiales militaires Gagetown	2008/04/15	22
	Beth Corey, directrice générale Centre des ressources des familles militaires d'Halifax et régions Colleen Calvert, directrice générale Programme de services aux familles des militaires Celine Thompson, directrice Centre de ressources pour les familles des militaires, région de Petawawa Theresa Sabourin, directrice générale		
23	Ministère de la Défense nationale	2008/04/17	23
	Mgén Timothy Grant, commandant adjoint, Commandement de la Force Expéditionnaire du Canada Lcol Simon Hetherington, chef du cabinet, chef d'état-major de l'armée de terre, Ancien commandant, Equipe provinciale de reconstruction Col Omer Lavoie, directeur de la force opérationnelle contre dispositif explosif de circonstance, Ancien commandant du 1 ^{er} Bataillon, The Royal Canadian Regiment		
24	À titre personnel	2008/05/01	24
	Paul Franklin Audra Franklin Jesse Laroche Randall Laroche		

Organisations et individus			Date	Réunion
Ministère de la Défense nationale			2008/03/11	17
Cyndi Greene, coordonnatrice de soutien par les pairs, Calgary et sud de l'Alberta				
Shawn Hearn, coordonnateur de soutien par les pairs, Terre-Neuve et Labrador				
Maj Mariane Le Beau, gestionnaire, Soutien social aux victimes de stress opérationnel				
Ministère des Anciens Combattants Canada				
Kathy Darre, gestionnaire, Soutien social aux victimes de stress opérationnel				
Col (à la retraite) Donald S. Ethell, président, Conseil consultatif conjoint des ministères de la Défense nationale et des Anciens Combattants pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel				
Ministère des Anciens Combattants Canada			2008/03/13	18
Doug Clorey, directeur, Direction des politiques sur la santé mentale				
Rachel Cornelle Gravel, directrice générale, Hôpital Sainte-Anne				
Raymond Lalonde, directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel				
Ministère de la Défense nationale			2008/04/03	19
Col Jean-Robert Bernier, directeur, Opérations des services de santé				
Lgèn Michel Gauthier, commandant, Commandement de la Force expéditionnaire du Canada				
À titre personnel			2008/04/08	20
Robert Ayres				
Sylvain Chartrand				
Cindy Coady				
Maurice Coady				
Stacey-Lorraine Daza				
George Dumont				
Ann LeClair				
Cindy Smith-MacDonald				

APPENDICE A : LISTE DES TÉMOINS

39^e Législature, 2^e Session

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

Ministère de la Défense nationale	2008/02/07	11
Bgèn Hiliary Jaeger, commandant du groupe des services de santé des forces canadiennes, directrice générale des services de santé et médecin-chef des forces canadiennes		
Mgèn Walter Semianiw, chef du personnel militaire		
Ministère de la Défense nationale	2008/02/12	12
Lcol Gerry Blais, directeur, Soutien aux blessés et administration		
Col David Weger, directeur, Personnel (Services de santé)		
Ministère de la Défense nationale	2008/02/14	13
Capit R. P. Briggs, conseiller médical du chef d'état-major des forces maritimes		
Capitv M. E. C. Courchesne, conseiller médical du chef d'état-major de la force aérienne		
Col A. G. Darch, conseiller médical du chef d'état-major de l'armée de terre		
À titre personnel	2008/03/04	15
Alain Brunet, chercheur à l'Institut Douglas, professeur agrégé, département de psychiatrie, Université Mcgill		
Ministère de la Défense nationale		
Lcol Theresa Girvin, psychiatre, Services de santé mentale, BFC Edmonton		
Ministère de la Défense nationale	2008/03/06	16
Lcol Joel Fillion, officier supérieur d'état-major, santé mentale		
Bgèn Hiliary Jaeger, commandant du groupe des services de santé des forces canadiennes, directrice générale des services de santé et médecin-chef des forces canadiennes		
Bureau du vérificateur général du Canada		
Shelia Fraser, vérificatrice générale du Canada		
Wendy Loschuk, vérificatrice générale adjointe		

Les Centres de ressources pour les familles des militaires qui se trouvent dans toutes les grandes bases des Forces canadiennes peuvent fournir des renseignements sur un large éventail de sujets qui intéressent les familles de militaires, notamment la santé mentale. Le personnel de ces centres est en mesure d'orienter les membres des familles de militaires qui en ont le plus besoin vers les fournisseurs de services appropriés.

Dans le cadre du Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, les militaires de la Force régulière ou de la Réserve, qui en ressentent le besoin, peuvent téléphoner à un numéro prioritaire sans frais pour consulter en toute confidentialité une personne en mesure de les aider, et ce, 24 heures sur 24, de n'importe quel endroit. Le programme offre des services de consultation externes à court terme aux militaires qui cherchent à obtenir de l'aide autre que celle offerte par les services de santé militaire. La famille peut également recevoir des soins par le biais du programme dans la mesure où cela agirait sur le bien-être du militaire. Il s'agit d'un programme civil, car il fait intervenir des conseillers professionnels fournis par le Service d'aide aux employés de Santé Canada. Le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes est toutefois financé par les Forces canadiennes.

SSVSO

Le Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) a été créé en 2001⁶³, afin de fournir un soutien individualisé et des groupes d'appui par les pairs aux militaires, aux anciens combattants et à leurs familles, ainsi qu'un soutien social aux familles en deuil. Ce programme a donné lieu à un solide partenariat entre les Forces canadiennes et le ministère des Anciens Combattants. Du côté des Forces canadiennes, le SSVSO mise sur un programme éducatif visant à accroître la sensibilisation aux problèmes de santé mentale, à fournir de l'information sur l'incidence du stress opérationnel sur les militaires, leurs pairs, leurs subalternes et ceux qui les entourent, et à enseigner aux militaires ce qu'ils peuvent faire pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux. L'objectif est d'aider les militaires à reconnaître les premiers signes de troubles en santé mentale et à agir de façon positive. Le programme éducatif a été élargi et vise aussi les familles des militaires afin de les aider à soutenir leurs proches et de les préparer à mieux faire face aux effets des problèmes de santé mentale au foyer.

Le Centre national de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel de Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) favorise la collaboration étroite entre le personnel médical des Forces canadiennes et d'Anciens Combattants Canada, particulièrement en ce qui concerne la transition des membres libérés des Forces canadiennes à la vie civile et la continuité de leurs soins. Le Centre offre des services de diagnostic, de traitement, de prévention et de soutien aux militaires en service, aux anciens combattants et aux membres de familles de militaires qui ont des problèmes en santé mentale liés au stress opérationnel.

Ils inscrivent leurs impressions cliniques et une recommandation pour des soins de suivi. De plus, les Forces canadiennes procèdent régulièrement à des examens médicaux périodiques de leurs membres en vue de poursuivre l'évaluation de leur santé mentale.

TRAITEMENT

Les Services de santé des Forces canadiennes, en collaboration avec des partenaires militaires et civils, cherchent des moyens de traiter les troubles liés au stress. Actuellement, le traitement du SSPT et des TSO comporte généralement une combinaison de médication et de psychothérapie.

Les Forces canadiennes ont de nombreuses installations consacrées au traitement du SSPT et des TSO. Pour la plupart des militaires qui ont des problèmes de santé mentale, la première personne ressource est le médecin de premier recours à la clinique médicale de la base, qui offre l'aide requise ou dirige le militaire vers la ressource la plus appropriée. En cas d'urgence, les militaires peuvent consulter un médecin pendant la visite quotidienne à la salle d'examen médical.

Des Programmes d'hygiène mentale (PHM), soit des services spécialisés en matière de santé mentale, sont offerts dans les grandes bases des Forces canadiennes. Certains éléments de ces programmes sont offerts dans de petites bases; tout dépend de la taille de la population et de la disponibilité des ressources locales. Les équipes pluridisciplinaires des Programmes d'hygiène mentale sont habituellement constituées de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières en santé mentale, de conseillers en dépendance et d'aumôniers des services de santé.

Les Centres de soutien pour trauma stress opérationnels situés un peu partout au Canada, ont un effectif à la fois militaire et civil composé de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières en santé mentale et d'aumôniers. Les Centres de soutien pour trauma stress opérationnels utilisent un modèle de traitement pluridisciplinaire en vue d'offrir des évaluations et des traitements et de faire de la sensibilisation et de la recherche. En plus de fournir des services directement aux militaires des Forces canadiennes, le personnel de ces Centres consulte également d'autres établissements de traitement dans le monde entier et étudie la documentation spécialisée sur les traumatismes, sur le stress, sur le SSPT et sur les TSO. On compte actuellement cinq Centres de soutien pour trauma stress opérationnels : à Halifax, à Valcartier, à Ottawa, à Edmonton et à Esquimalt.

Le ministère des Anciens Combattants du Canada assure le fonctionnement de six cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel pour répondre aux besoins des anciens combattants, des militaires des Forces canadiennes et des anciens agents de la Gendarmerie royale du Canada qui souffrent d'un TSO résultant de leur service. Ces cliniques sont situées à Fredericton, à Montréal, à Québec, à London, à Winnipeg, à Calgary et à Vancouver.

Le domaine de la prévention primaire des problèmes de santé mentale n'en est qu'à ses premiers balbutiements. On effectue des recherches approfondies et continues « résilience », ou la résistance aux effets des troubles liés au stress et la en vue de comprendre les causes fondamentales des troubles liés au stress et la guideront l'amélioration continue des programmes de prévention des Forces canadiennes. Les Services de santé des Forces canadiennes ont trouvé plusieurs moyens de réduire les risques que les militaires subissent des dommages psychologiques liés au service.

Des programmes sont en place pour améliorer les compétences d'auto-assistance psychologiques des militaires des Forces canadiennes. Ces initiatives portent sur les modes de vie sains, la gestion du stress, la maîtrise de la colère, la sensibilisation à la toxicomanie et la prévention de la violence familiale. Il est essentiel que les militaires des Forces canadiennes qui participent à des opérations et à des missions stressantes bénéficient d'une bonne préparation et d'une bonne formation à cet effet, notamment une formation sur l'adaptation au stress, sur la cohésion au sein de l'unité et le soutien social ainsi qu'une séance d'information sur les effets potentiels du stress. La formation est réaliste et est conçue en vue d'améliorer la confiance à la fois en les capacités de la personne et en celles de l'équipe.

Le personnel est soumis à un dépistage de santé mentale dans le cadre de l'évaluation physique pré-déploiement. Le personnel déployé se soumet également au dépistage psychologique de la part soit d'un aumônier ou d'un professionnel en services de santé mentale.

Les soldats canadiens qui s'apprentent à revenir au Canada après une longue mission doivent faire un arrêt de décompression (fréquemment appelé *décompression dans un tiers lieu*, ou DTL) de cinq jours sur le chemin du retour. Au cours de cette DTL, chaque militaire a l'occasion de discuter en privé avec un professionnel de la santé mentale et de lui faire part de ses préoccupations. Le personnel a reçu de la formation sur le SSPT et le TSO. L'équipe de santé mentale donne aux militaires des renseignements sur leur vie familiale, professionnelle et communautaire au Canada pour rendre la réintégration moins stressante.

Conformément à la politique des Forces canadiennes en matière de dépistage et de réintégration, tous les militaires qui reviennent d'une opération internationale de 60 jours ou plus doivent se soumettre au processus amélioré de dépistage post-déploiement entre 90 et 180 jours après leur retour au Canada. Le dépistage post-déploiement vise à mieux identifier les personnes qui ont des problèmes liés au déploiement, plus particulièrement des problèmes psychologiques. Les militaires des FC remplissent un questionnaire détaillé sur la santé et prennent part à une entrevue en profondeur avec un professionnel de la santé mentale. Les intervieweurs remplissent un formulaire sur lequel

Le SSPT est un trouble complexe comportant un large éventail de symptômes;

- panique ou anxiété (transpiration, accélération de la fréquence cardiaque, tension musculaire);
- sautes d'humeur, irritabilité, tristesse, colère, sentiment de culpabilité, désespoir et dépression, repli sur soi ou difficulté à exprimer ses émotions;

- perte d'intérêt pour des activités qu'on trouvait auparavant agréables;

- perte d'intimité;

- préoccupations liées à l'expérience traumatisante se présentant sous la forme de rêves à l'état de veille, de cauchemars et de flashbacks;

- problèmes de concentration, désorientation et trous de mémoire, sommeil perturbé ou vigilance excessive (parfois appelés hypervigilance);

- comportement excentrique (tentative d'éviter ce qui rappelle l'expérience traumatisante);

- consommation excessive d'alcool ou de drogue.

L'Association canadienne pour la santé mentale estime qu'une personne sur dix souffre d'un trouble anxieux. Chez de nombreux militaires des Forces canadiennes atteints du SSPT, le syndrome s'est manifesté à la suite d'une expérience traumatisante non militaire comme un accident, une agression ou une catastrophe naturelle. Cependant, ce que vivent les militaires des Forces canadiennes présents hors du cadre des opérations militaires, comme l'éloignement de son domicile et de ses proches, la présence de populations et de climats inconnus ou hostiles, un niveau moyen ou élevé de stress subi pendant des périodes prolongées, et, dans bien des cas, l'incapacité de s'éloigner de la source du stress.

Le diagnostic du SSPT est compliqué puisqu'il n'est pas rare qu'une personne souffrant du SSPT soit également atteinte d'un autre trouble anxieux ou d'un malaise physique. Le diagnostic de SSPT est posé si la personne souffre d'une défail lance significative du fonctionnement et que cette défail lance persiste pour au moins un mois.

mentaux. La personne touchée peut présenter d'autres problèmes comme la dépression, l'anxiété, la consommation excessive d'alcool ou de drogue et des difficultés avec la famille, les amis et les collègues.

Il convient également de souligner qu'il existe tout un éventail de troubles médicaux comportant des symptômes très semblables qui ne constituent pas un SSPT. Le SSPT comprend les symptômes suivants : événement revécu sous la forme de rêves très vifs ou de flashbacks; tendance à éviter les situations ou les facteurs qui rappellent l'expérience traumatisante; manque d'intérêt ou de plaisir par rapport à la vie telle qu'elle était avant; perte d'intimité; hyperexcitation, par exemple irritabilité, tendance à sursauter ou à se fâcher facilement (quand ces caractéristiques n'étaient pas présentes avant l'événement).

Il est possible de diagnostiquer et de traiter efficacement le SSPT. Comme pour les autres problèmes de santé, le traitement est plus efficace s'il est amorcé tôt. Tout retard de traitement du SSPT peut causer une aggravation des symptômes et nuire au rétablissement.

Il est préférable que des soins de santé intégrés soient dispensés par des fournisseurs de soins de santé mentale qualifiés et expérimentés. Une fois que le SSPT est diagnostiqué officiellement, le traitement peut comprendre la thérapie et la médication. Les médicaments sont utiles et peuvent aider à contrôler les symptômes, mais l'approche thérapeutique la plus efficace chez la plupart des patients est la thérapie cognitive-comportementale qui agit sur les pensées, les sentiments et les comportements affectés par le traumatisme. Les ouvrages confirment que cette forme de thérapie est la plus efficace.

La grande majorité des militaires des Forces canadiennes, environ 87 p. 100, n'ont pas de problème de santé mentale lorsqu'ils reviennent d'une mission. Certains militaires, toutefois, ressentent des symptômes de stress opérationnel.

Les déploiements à l'étranger exposent les militaires à des événements qui peuvent causer des dommages psychologiques, regroupés de nos jours sous les appellations SSPT et TSO.

Le SSPT est un trouble anxieux. La phobie, le trouble panique et le trouble obsessionnel compulsif sont aussi des troubles anxieux. Le SSPT n'atteint pas uniquement les militaires. C'est un phénomène qui marque les gens sans égard à leur profession ou à leur milieu de travail. Le SSPT découle d'une expérience au cours de laquelle une personne a reçu des menaces de dommages corporels graves ou de mort, a été témoin de dommages corporels graves ou d'un décès, ou a subi des dommages corporels graves. Cela inclut les dommages corporels graves subis par un ami ou un collègue ou le décès de ce dernier, la vue ou la manipulation de cadavres, l'exposition à une maladie potentiellement contagieuse ou à un agent toxique ainsi que la vue d'actes de dégradation humaine (comme l'agression sexuelle).

ANNEXE A : LES TRAUMATISMES LIÉS AU STRESS OPÉRATIONNEL ET LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

TSO ET SSPT

Les Forces canadiennes utilisent l'expression « traumatisme lié au stress opérationnel » (TSO) pour désigner tous les types de blessures psychologiques provoquées par un éventail de situations stressantes vécues en service commandé. Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un type de TSO⁶². Le TSO est un trouble psychologique persistant découlant des tâches opérationnelles accomplies au cours du service militaire. L'expression redéfinit les troubles comme étant des traumatismes, ce qui correspond davantage à la manière de penser actuelle. Contrairement au terme « syndrome de stress post-traumatique », l'expression « traumatisme lié au stress opérationnel » n'est pas un terme juridique ou médical; c'est un terme strictement militaire utilisé par le Canada et par l'OTAN.

Les troubles de santé mentaux ne sont pas moins réels ou moins légitimes que les problèmes de santé physique. Le cerveau est l'organe le plus complexe du corps humain et comme les autres parties de l'organisme, il subit parfois des blessures causées par une maladie ou un trauma. Ces traumatismes et leurs répercussions sur les fonctions cérébrales échappent à la volonté et au contrôle de la personne touchée. Chaque personne est différente, et la gravité des symptômes varie tout autant.

Le SSPT est un traumatisme psychologique causé par la réaction du cerveau à un stress psychologique aigu, comme le fait de craindre pour sa vie. Dans une situation où la vie est menacée, le cerveau se met automatiquement en mode d'urgence. La réaction de combat ou de fuite ou d'arrêt est enclenchée. La personne atteinte du SSPT revit sans cesse le traumatisme, ce qui réactive constamment la réaction et peut entraver le fonctionnement de l'individu dans sa vie personnelle ou professionnelle.

Le SSPT, une des formes de traumatisme lié au stress, est un trouble médical légitime, comme toute autre maladie touchant le corps humain. Il s'agit d'une maladie mentale qui est causée ou aggravée par un traumatisme psychologique. Le SSPT se manifeste souvent en combinaison avec d'autres troubles personnels, sociaux, spirituels et

62 Voir le document Documentation de la Défense nationale sur les TSO et le SSPT, <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-tra.asp?id=2871>.

l'absence patente de coopération à Petawawa (Ontario), et à Oromocto et Fredericton (Nouveau-Brunswick), a également été soulignée à maintes reprises.

Nous savons toutefois que le Petawawa Centennial Family Health Centre (PCFHC), créé en juillet 2005, a soigné des milliers de patients, dont des membres de familles de militaires⁶⁰. Le Centre travaille en partenariat avec le CRFM de la BFC Petawawa et le Programme de soutien du personnel des Forces canadiennes. Le Phoenix Centre de Pembroke dispense les services de santé mentale aux familles des militaires.

À la BFC Gagetown, la Clinique médicale de la base (CMB) compte huit lits d'hospitalisation et un service d'urgence bien équipé, comportant un service de radiologie, un laboratoire, une pharmacie, des services de physiothérapie et des services de santé mentale⁶¹. Parmi les installations médicales civiles de la région figurent l'Hôpital public d'Oromocto, l'Hôpital D'Everett Chalmers à Fredericton et l'Hôpital régional de Saint John.

Le Comité a aussi été informé de l'important partenariat entre les Services de santé des Forces canadiennes et l'Hôpital Montfort à Ottawa.

RECOMMANDATION 35

Le gouvernement fédéral devrait mettre sur pied des programmes coopératifs de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, afin d'offrir aux professionnels de la santé compétents des mesures incitatives pour qu'ils acceptent de fournir leurs services aux membres des Forces canadiennes et à leurs familles dans les régions où ces services font défaut.

RECOMMANDATION 36

Le gouvernement fédéral devrait poursuivre sa collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'approfondir les rapports avec les services sanitaires et sociaux communautaires locaux et d'améliorer les services de soins de santé des Forces canadiennes.

60 Voir le site Web du PCFHC, <http://www.pcfhc.ca/about/index.html>.

61 Voir le site Web de la Clinique, http://www.army.forces.gc.ca/cfb_gagetown/french/bsservices/medical/index.asp.

Comme l'a déjà souligné le Comité, les soins et les traitements prodigués aux militaires blessés et à leurs familles suscitent des préoccupations qui ont été exprimées sur diverses tribunes au cours des deux dernières années. Dans pratiquement tous les cas, des recommandations ont été formulées qui visent les Forces canadiennes ou le ministère de la Défense nationale, lesquels acceptent tous deux leur rôle prépondérant dans la prestation des soins au personnel militaire et aux familles de militaires. Cependant, le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes ont besoin à cet égard de la collaboration et de l'appui des autres ministères.

Par exemple, la deuxième recommandation dans le rapport de l'ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes sur les services de santé mentale à la BFC Petawawa demande que les Forces canadiennes :

[...] établissent une organisation nationale qui sera chargée de travailler avec les organismes externes et avec tous les niveaux de gouvernement, au besoin, et qu'elles lui fournissent les ressources nécessaires à cette fin, pour faire en sorte que les familles des militaires et chacun de leurs membres aient accès à toute la gamme des soins et des services dont ils ont besoin⁵⁹.

Le Comité ne connaît aucune organisation des Forces canadiennes chargée d'un mandat aussi vaste et, de notre point de vue, il est malavisé d'ordonner aux Forces canadiennes de diriger une activité intergouvernementale. Une telle responsabilité est de nature politique et non militaire. Sachant que la prise en charge et le traitement des membres civils des familles des militaires incombent aux régimes de soins de santé provinciaux, le Comité fait observer que de telles recommandations exigent l'intervention non seulement des Forces canadiennes et du ministère de la Défense nationale, mais de l'ensemble des pouvoirs publics.

COOPÉRATION FÉDÉRALE/PROVINCIALE/TERRITORIALE/MUNICIPALE

De nombreux témoins ont louangé les ententes de coopération que les Forces canadiennes ont conclues avec des établissements de santé provinciaux et municipaux à Edmonton et à Calgary (Alberta), à Valcartier et à Québec (Québec). Inversement,

59 Mary McFadyen, *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa*, Ottawa, ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, décembre 2008, p. 20.

RECOMMANDATION 34

Le gouvernement fédéral devrait agir immédiatement afin de fournir les ressources nécessaires pour que le Système d'information de santé des Forces canadiennes puisse être entièrement fonctionnel, à l'aide notamment d'une base de données.

Les Forces canadiennes sont en fait dotées d'un certain nombre de processus leur permettant de suivre les militaires atteints de certains problèmes de santé, mais ces processus ne sont pas assez précis ou structurés pour produire en tout temps des renseignements à jour sur tous les patients.

Cependant, les Forces canadiennes sont en voie d'informatiser les dossiers de santé, dans le cadre d'un effort national pour préparer des dossiers de santé électroniques d'un bout à l'autre du Canada. Le Système d'information de santé des Forces canadiennes est presque prêt. C'est un outil de gestion informatisé des dossiers de santé qui permettra de communiquer de l'information et de coordonner en toute sécurité les soins prodigués aux membres de la Force régulière et de la Réserve en tout temps, et peu importe le lieu. Il crée un dossier de santé complet pour chaque militaire des Forces canadiennes en intégrant un certain nombre d'applications logicielles qui soutiennent une vaste gamme de fonctions et de services de santé des Forces canadiennes, dont les suivants : un système centralisé d'inscription des patients et de prise de rendez-vous; la saisie informatisée des commandes des médecins et des notes cliniques; un système d'information de pharmacie; un système d'information de laboratoire; un système d'information en radiologie; un système d'information dentaire⁵⁸.

Dès avril 2005, le projet du SISFC a offert la possibilité de suivre électroniquement l'inscription des patients, la prise de rendez-vous et l'immunisation dans les cliniques médicales et dentaires du pays, et en septembre de la même année, la moitié du travail était accomplie, puisque le système comptait 21 sites et 438 usagers formés qui utilisaient les nouvelles applications. Pourtant, il ne semble pas y avoir de renseignements plus récents au sujet du projet et quand elle a comparu devant le Comité, le médecin en chef n'a pas donné plus de détails sur le projet, laissant aux membres du Comité l'impression que rien ne se faisait pratiquement pour donner suite aux recommandations du vérificateur général et de l'ombudsman. Nous continuons de nous interroger sur les raisons pour lesquelles les Forces canadiennes semblent si réticentes au sujet de qui devrait constituer une bonne nouvelle.

RECOMMANDATION 33

Les Forces canadiennes devraient fournir au Comité, au vérificateur général du Canada et à l'ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes une mise à jour complète sans classification sur l'état du Système d'information de santé des Forces canadiennes ainsi que des précisions claires sur le moment où le système sera entièrement fonctionnel.

psychiatre, un psychologue, un travailleur social, un aumônier et une infirmière en santé communautaire.

Bien que les Centres de soutien pour trauma stress opérationnels n'aient pas pour mandat de traiter les membres de la famille qui sont des civils, il leur arrive, dans le cadre de leur approche holistique, de traiter la famille, particulièrement quand le soldat souffre de TSO ou lorsque les deux conjoints vivent des problèmes de couple.

Le Comité note que les difficultés dans les relations conjugales et familiales contribuent aussi au problème de rétention des effectifs et constituent un stress additionnel pour les personnes souffrant de TSO et de SSPT. Nous avons entendu des témoins suggérer que les Forces canadiennes embauchent des thérapeutes matrimoniaux et familiaux autorisés qui feraient partie de l'équipe multidisciplinaire des Centres de soutien pour trauma stress opérationnels. Selon le Comité, même si ce traitement relationnel peut être souhaitable, il est préférable que les Forces canadiennes puissent décider s'il est nécessaire d'embaucher de tels professionnels de façon permanente ou s'il est possible d'obtenir ces services par contrat dans la région. Néanmoins, il est vrai qu'il faudrait rester ouvert à d'autres types de traitements qui ne font pas partie habituellement du système de soins de santé militaire.

RECOMMANDATION 32

Les Forces canadiennes devraient examiner régulièrement la composition des équipes multidisciplinaires des Centres de soutien pour trauma stress opérationnels et rester ouvertes à l'idée d'ajouter ou d'utiliser des professionnels cliniques qui ne se retrouvent pas habituellement dans le système de soins de santé militaire, comme des thérapeutes matrimoniaux et familiaux autorisés, et ajouter les services de ces professionnels à la liste des soins complémentaires assurés à l'égard des personnes à charge.

LA TENUE DES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ

Il semble que les Services de santé des Forces canadiennes ne savent pas exactement combien de militaires souffrent de TSO, les données à ce sujet n'étant pas regroupées. Tant le vérificateur général que l'ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes ont critiqué, dans leurs rapports, l'incapacité des Services de santé à regrouper les renseignements sur les soins de santé à l'échelle nationale. Il faudrait que les Forces canadiennes réalisent un projet visant la mise en œuvre d'un système d'information pouvant tenir de tels dossiers. Dans son deuxième rapport de suivi publié en décembre 2008, l'ombudsman a même vertement critiqué les Forces canadiennes du fait qu'elles ne semblaient toujours pas avoir établi et lancé un tel système.

également des séances d'information de quelques heures sur les défis de la réinsertion à la vie normale. On leur donne aussi de l'information sur le traumatisme lié au stress opérationnel ainsi que des renseignements sur le soutien social disponible s'ils en ont besoin.

La décompression peut permettre de reconnaître les symptômes de TSO chez les soldats, mais il importe de souligner qu'il ne s'agit pas de l'objectif principal de cette activité. La décompression vise principalement à aider les soldats à se préparer à la réinsertion dans leur famille, auprès de leur conjointe ou de leurs parents. Les familles au Canada ont continué de vivre durant l'absence du soldat parti en Afghanistan, mais elles attendront peut-être du militaire qui revient au bercail qu'il reprenne la vie là où il l'a laissée. Il peut y avoir une période d'adaptation pour les deux parties. Les séances d'information données pendant la décompression visent à aider le soldat qui revient à comprendre certains des défis qui l'attendent. Il convient aussi de souligner que des séances d'information équivalentes sont offertes aux conjointes et aux familles par l'intermédiaire des CRFM au Canada.

Beaucoup de Canadiens accordent une importance primordiale aux soins de santé intégrés et à la santé spirituelle, et il en va de même au sein des Forces armées. Les aumôniers militaires et les conseillers spirituels et religieux embauchés à contrat fournissent un service important aux militaires canadiens. D'après les témoignages que le Comité a entendus, ces conseillers spirituels et religieux offrent d'excellents services aux membres des Forces canadiennes durant les périodes de décompression – sans parler des services qu'ils rendent dans les bases partout au Canada.

RECOMMANDATION 31

Les Forces canadiennes devraient veiller à ce qu'un aumônier militaire ou des conseillers spirituels et religieux embauchés à contrat soit disponibles dans tout centre de décompression dans un tiers lieu et que ces services soient intégrés à la stratégie des Forces canadiennes en matière de santé mentale.

CENTRES DE SOUTIEN POUR TRAUMA STRESS OPÉRATIONNELS

Ces centres, créés en 1999, sont situés à Edmonton, Esquimalt, Halifax, Ottawa et Valcartier⁵⁷. Ils viennent en aide aux membres des Forces canadiennes et à leurs familles aux prises avec un stress découlant des opérations militaires. Les Centres de soutien pour trauma stress opérationnels suivent une approche holistique à l'égard des divers problèmes psychologiques, émotionnels, spirituels et relationnels, en faisant appel à une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé qui comprend notamment un

57 Voir le site Web des CSTSO, <http://www.forces.gc.ca/health-sante/ps/mh-sm/CSTSO-cstso/default-fra.asp>.

jusqu'au départ à la retraite, en mettant l'accent sur la préparation des soldats aux éventuels traumatismes psychologiques avant qu'ils participent à des opérations de combat. Les Forces canadiennes devraient se renseigner sur les pratiques exemplaires en matière de préparation psychologique préventive relativement au TSO et au SSPT.

LA CLINIQUE

De nombreux témoins qui ont comparu devant le Comité, dont D'Greg Passey et le sénateur Roméo Dallaire, éminent psychiatre et ancien officier des Forces canadiennes respectivement, ont recommandé que les cliniques militaires de santé mentale soient situées à l'extérieur des bases, afin que ceux qui cherchent de l'aide puissent échapper au regard de leurs amis, de leurs pairs et de la chaîne de commandement. Des militaires qui ont participé à un sondage sur la satisfaction des patients dans les Forces canadiennes réalisé en janvier 2009 ont exprimé le même point de vue, disant qu'ils souhaitaient un endroit plus discret.

Des autres estiment que l'installation des cliniques de santé mentale à l'extérieur des bases ne servirait qu'à intensifier la marginalisation. D'ailleurs, le fait de déplacer la clinique à l'extérieur de la base dans une petite ville comme Petawawa ne permettra pas nécessairement aux soldats de passer inaperçus, à moins que la clinique soit située à une certaine distance. Si l'on veut que les blessures psychologiques soient considérées et traitées de la même façon que les blessures physiques, il tombe sous le sens qu'elles doivent toutes être traitées dans les mêmes installations. Non seulement est-il plus rentable et efficace de garder les Centres de soutien pour trauma stress opérationnels sur la base, c'est aussi une façon d'atténuer les préjugés négatifs.

RECOMMANDATION 30

Le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devraient mettre sur pied un programme permettant de suivre les meilleures pratiques de coopération et d'intégration entre les services de santé des Forces canadiennes et les services sanitaires et sociaux communautaires locaux, et adopter des normes communes élevées.

DÉCOMPRESSIION DANS UN TIERS LIEU

La plupart des soldats qui reviennent d'une période de service en Afghanistan doivent se soumettre à une courte période de « décompression » à Chypre, un endroit choisi précisément pour fournir pendant quelques jours un climat sûr et normal où les soldats peuvent se reposer et se détendre après avoir vécu les opérations de combat en Afghanistan. Cette période de décompression dure de trois à cinq jours, selon les heures d'arrivée et de départ des vols militaires. Durant leur séjour à Chypre, les militaires suivent

et le SSPT. Le vieil adage tient toujours : mieux vaut prévenir que guérir. Le programme de formation Battemind aux États-Unis est en constant perfectionnement; il pourrait être particulièrement instructif et il vaudrait la peine que le personnel médical et les agents de police des Forces armées s'en inspirent.

Comme il l'a souligné précédemment, le Comité a entendu une quantité considérable de témoignages affirmant que les soins dispensés aux blessés sur les champs de bataille sont excellents et que tous les membres qui participent à leur prestation sont parmi les plus courageux, les plus professionnels et les plus dévoués que le Canada puisse offrir. Mais c'est l'efficacité des soins et des traitements médicaux après que les soldats blessés quittent le champ de bataille qui suscite des préoccupations. Compte tenu du fait que les Forces canadiennes ont une doctrine éprouvée régissant le Soutien des services de santé aux opérations, nous suggérons l'élaboration d'une doctrine élargie couvrant la période entre l'évacuation du champ de bataille jusqu'au rétablissement ou au transfert au ministère des Anciens Combattants Canada lors de la libération. Cette doctrine pourrait notamment comprendre les points suivants :

- a) un régime uniformisé de soins continus pour les blessures physiques et psychologiques, à partir du moment où la blessure est subie jusqu'au rétablissement ou à la libération;
- b) les soins et les mesures administratives des l'inscription aux effectifs du personnel non disponible (EPND);
- c) le rôle et les responsabilités de la chaîne de commandement opérationnelle;
- d) le rôle et les responsabilités de la chaîne de commandement médicale;
- e) le rôle et les responsabilités du soldat blessé qui se fait soigner;
- f) le rôle de la famille dans les soins continus.

RECOMMANDATION 28

Les Forces canadiennes devraient élaborer une doctrine des services de santé couvrant les soins et les traitements dispensés aux blessés, à partir du moment où le soldat est évacué et jusqu'à ce qu'il soit rétabli ou libéré et transféré au ministère des Anciens Combattants du Canada.

RECOMMANDATION 29

Les Forces canadiennes devraient faire en sorte que leur doctrine élargie des services de santé comprenne des mesures visant le traumatisme lié au stress opérationnel, à partir du recrutement et

Lors d'une entrevue, un commandant nouvellement affecté et le sergent-major régimentaire de l'unité ont déploré la situation qui a laissé une chaîne de commandement anéantie par les tâches, rappelant à la fois combien ils regrettaient de ne pouvoir faire plus, mais aussi à quel point ils se sentaient frustrés et impuissants à stopper l'hémorragie causée par les attributions de tâches.

Nul ne conteste l'importance de la primauté opérationnelle dans les Forces canadiennes, mais cette brève vignette montre aussi qu'il faut bien réfléchir à la suite des choses. Les membres du Comité estiment, d'après ce qu'ils ont vu et entendu, que la santé, particulièrement la santé mentale, des militaires dans les unités qui reviennent d'un théâtre d'opérations doit avoir priorité sur toute autre considération, dans la mesure du nécessaire et pendant tout le temps voulu. En somme, la santé des soldats à leur retour doit l'emporter sur les questions de formation concomitantes.

RECOMMANDATION 26

Les Forces canadiennes devraient veiller à ce que les membres d'unités de retour d'un théâtre d'opérations soient dispensés de tout autre déploiement non opérationnel qui les éloignerait de leur unité durant la phase de reconstitution post-déploiement, à moins que les professionnels de la santé mentale estiment que cela nuirait au bien-être des personnes concernées.

RECOMMANDATION 27

Les Forces canadiennes devraient veiller à ce que les membres de la chaîne de commandement des unités de retour d'un théâtre d'opérations, particulièrement aux échelons subalternes, restent en place, dans toute la mesure où les exigences opérationnelles le permettent, durant la phase de reconstitution post-déploiement.

PRÉVENTION ET DOCTRINE ELARGIE

Divers professionnels ont dit au Comité qu'il n'existe à peu près pas d'outils diagnostiques permettant de détecter les problèmes de santé mentale avant que les recrues soient incorporées dans des unités des Forces canadiennes. Par ailleurs, le recours à un mécanisme de sélection fondé sur l'emploi d'outils diagnostiques poserait des problèmes légaux et des difficultés sur le plan du respect des droits de la personne. L'entraînement que dispensent les Forces canadiennes figure parmi les meilleurs du monde et arrive à fournir à de nombreux soldats les outils dont ils ont besoin pour se préparer psychologiquement aux pressions auxquelles ils seront exposés. La formation avant mission est aussi l'une des meilleures du monde (voir l'annexe sur la prévention). Le Comité estime néanmoins qu'il faut faire davantage encore pour préparer les soldats aux épreuves qu'ils pourraient traverser sur le champ de bataille. Il importe donc de s'intéresser de près aux recherches sur la manière de bien préparer les soldats et de prévenir le TSO

Le cas d'un bataillon de l'Armée est particulièrement instructif. Ce bataillon est revenu au Canada au printemps d'une année donnée, après avoir servi en Afghanistan pendant sept mois. Le séjour en Afghanistan avait été marqué par certaines des plus importantes opérations de combat au sol de l'OTAN et de l'histoire du Canada depuis la guerre de Corée. Le bataillon avait essuyé de nombreuses pertes, des membres blessés ou tués, mais les soldats avaient bien combattu et étaient de retour à la maison pour se reposer.

Environ trois jours après le retour à la garnison, une fois les modalités administratives nécessaires remplies et le matériel remis, le personnel de l'unité a pu partir pour profiter d'un congé bien mérité. Certains soldats ont rejoint leur famille, soit dans la garnison, soit dans d'autres villes du Canada. Certains jeunes soldats célibataires sont restés seuls, dans leurs quartiers sur la base.

En fait, tous sont restés sans supervision, échappant à l'observation de leurs pairs et de leur chaîne de commandement d'unité qui étaient les mieux placés pour les connaître. Pendant le congé qui a duré près de trois semaines, des soldats ont commencé à manifester des symptômes de TSO, certains de façon très perturbante et violente. Malheureusement, cela se produisait à la maison, loin des yeux des membres de la chaîne de commandement de l'unité. Les familles aussi ont commencé à souffrir.

Une fois terminée la période de congé post-déploiement, les soldats de l'unité ont repris leur poste, mais ceux qui souffraient à divers degrés de symptômes de traumatisme lié au stress opérationnel n'ont pas voulu se manifester et faire part de leurs difficultés. Au lieu de cela, les troubles se sont traduits en problèmes disciplinaires découlant d'un comportement inadmissible. Ces militaires sont devenus des « soldats problèmes ».

Au même moment ont commencé la période d'instruction d'été et les inévitables attributions de tâches. Les sous-officiers subalternes, les sous-officiers supérieurs, les adjudants et les officiers subalternes de l'unité ont dû partir pour occuper ailleurs des fonctions de formation temporaires. Les jeunes soldats, dont quelques-uns souffraient maintenant manifestement d'un éventail de traumatismes liés au stress opérationnel, étaient supervisés par un nombre décroissant de chefs subalternes, dont quelques-uns vivaient leurs propres problèmes post-déploiement mais ne pouvaient pas échapper à la charge de travail accrue. Le tout se passait pendant ce que l'Armée appelle en théorie la phase de « reconstitution » post-opération.

Il convient aussi de souligner que commençait également la « période active des affectations » : des chefs du bataillon devaient faire leurs cartons afin de déménager leur famille, puisqu'ils étaient affectés à un nouveau poste dans un nouvel endroit.

Juste au moment où une chaîne de commandement d'expérience et familière est nécessaire pour aider tous les militaires de l'unité à traverser la phase post-déploiement, laquelle comprend notamment le dépistage des problèmes de santé mentale, ses membres se retrouvent éparpillés en raison des diverses tâches et affectations imposées.

La principale difficulté que vivent les Forces canadiennes est le manque d'effectifs, pratiquement partout et en tout temps. Ce phénomène n'est pas nouveau. Il nuit beaucoup à toutes les activités des Forces canadiennes depuis des générations. Malgré des autorisations et des fonds du gouvernement permettant d'accroître l'effectif des Forces canadiennes pour que la Force régulière et la Réserve compte près de 100 000 membres, la croissance nette est faible⁵⁶. À bien des égards, cette question intéresse aussi l'ensemble du gouvernement, mais elle dépasse la portée de la présente étude. Ce qu'il importe de souligner ici est la profonde incidence de cette pénurie chronique qui mine la capacité des chefs subalternes de superviser et de prendre en charge leurs soldats.

Il faut dire aussi que l'érosion régulière des effectifs parmi les officiers supérieurs de niveau intermédiaire et les sous-officiers, imputable en partie au rythme intense de la formation opérationnelle et des déploiements, particulièrement en Afghanistan, contribue au problème.

Une conséquence de cette pénurie chronique de personnel est le manque d'enseignants dans de nombreux établissements d'instruction puisque les Forces canadiennes donnent la priorité aux opérations. Pour offrir la formation et y donner le soutien ou les services administratifs nécessaires, des militaires d'autres unités sont affectés temporairement aux écoles militaires et aux activités de formation.

Pendant l'année, mais surtout durant les périodes d'instruction du printemps et de l'été, des centaines, voire des milliers de chefs militaires subalternes, particulièrement dans l'Armée, sont retirés de leur unité, envoyés ailleurs et chargés de donner de la formation, du soutien ou des services administratifs dans le cadre d'un éventail d'activités d'instruction. La majorité de ces tâches sont confiées à des militaires occupant le grade de caporal-chef, sergent, adjudant, lieutenant et capitaine, soit ceux qui assurent une étroite supervision des soldats. Ces tâches obligent habituellement le militaire désigné à quitter encore une fois son foyer, pour des périodes pouvant atteindre deux mois.

Parallèlement à cette attribution de tâches pendant l'été se déroule le cycle annuel des affectations durant lequel de nombreux militaires et leurs familles doivent déménager en raison de nouvelles fonctions à occuper ailleurs. De tels déménagements ont habituellement lieu tous les deux ou trois ans pendant la carrière militaire.

56 L'effectif de la Force régulière des FC s'est accru de moins de 3 300 militaires au cours des cinq derniers exercices. Voir le texte Documentation du ministère de la Défense nationale, <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-eng.asp?id=2865>.

RECOMMANDATION 25

De concert avec les autres intervenants membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé, le ministère de la Défense nationale, le ministère des Anciens Combattants et les Forces canadiennes devraient tenir chaque année une conférence nationale sur les meilleures pratiques et les progrès dans l'ensemble des soins de santé chez les militaires, en mettant l'accent tout spécialement sur les soins de santé mentale.

LA RESPONSABILITÉ MORALE

Les familles des militaires, composées de civils, sont couvertes par les régimes de soins de santé provinciaux. Les Forces canadiennes n'ont pas le mandat officiel ou juridique de les traiter. Les ressources des Forces canadiennes sont calculées et affectées en fonction uniquement des exigences militaires, et ne tiennent pas compte officiellement des besoins en santé des familles des militaires, puisque celles-ci ne relèvent pas du mandat des Forces canadiennes.

Néanmoins, le Comité a beaucoup entendu parler de la responsabilité morale qu'ont les Forces canadiennes de soigner les familles des militaires. Nous constatons toutefois que les Forces canadiennes ont assumé cette responsabilité de leur propre initiative il y a longtemps déjà. Elles ont toujours offert des soins et du soutien aux familles des militaires *dans la mesure où leurs ressources leur permettent de le faire*.

Certains témoins non militaires ont parlé arbitrairement de cette responsabilité morale comme s'il s'agissait de quelque chose de nouveau, en plus d'en amplifier l'importance au-delà du mandat et des ressources des Forces canadiennes. Lors d'un récent témoignage, un représentant de l'ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes a affirmé que : « Premièrement, étant donné que les problèmes de santé mentale sont souvent le résultat du service militaire et une source directe de stress pour les familles, les Forces canadiennes ont la responsabilité morale de s'assurer que des soins et des traitements soient offerts aux familles⁵⁵. » Non seulement les Forces canadiennes ne peuvent pas *offrir* des soins et des traitements qui échappent à leur mandat, elles doivent éviter de le faire si cela représente une ingérence dans les affaires provinciales régies par la loi.

LE MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE ET LES FORCES CANADIENNES

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ MENTALE DANS LES FORCES CANADIENNES

Au cours des 10 dernières années, le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes ont établi tout un éventail de programmes et de projets servant à prévenir, à déceler et à traiter les problèmes de santé mentale.

Le processus amélioré de dépistage médical post-déploiement, soit un sondage mené de 90 à 180 jours après le retour au Canada de soldats déployés, sert à détecter les membres souffrant de problèmes de santé mentale liés au déploiement. Aux cinq Centres de soutien pour trauma stress opérationnels des Forces canadiennes à Esquimalt, Edmonton, Toronto, Ottawa et Halifax s'ajoutent six cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel d'Anciens Combattants Canada à Montréal, Fredericton, Québec, London, Winnipeg et Calgary. Le réseau de Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) offre un soutien par les pairs, des services de counselling familial et des services aux personnes en deuil partout au pays.

Un conseiller spécial au chef du Personnel militaire (CPM) supervise la gestion des questions non cliniques liées aux TSO. Le Comité directeur des traumatismes liés au stress opérationnel, qui comprend des officiers supérieurs des FC, explore de nouveaux moyens de traiter les TSO, tandis que le Comité consultatif autonome sur les services de santé mentale (CCASSM), un organisme autonome du ministère de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada, fait rapport sur diverses questions de santé mentale au chef du Personnel militaire et aux officiers supérieurs d'Anciens Combattants Canada.

Ce sont là d'admirables initiatives mais, comme nous l'avons dit ailleurs dans le présent rapport, le plus difficile consiste à traduire efficacement dans la pratique l'orientation et les politiques officielles. Or, pour que tous les officiers de la chaîne de commandement des Forces canadiennes et les professionnels de la santé mentale aient accès aux pratiques de pointe, le Comité estime qu'il y a lieu d'exploiter plus stratégiquement le rôle que jouent le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes dans le Partenariat fédéral pour les soins de santé.

Les Forces canadiennes fournissent une abondance de services de soutien social aux familles des militaires, principalement par le biais du réseau des CRFM, mais aussi par l'intermédiaire des programmes des unités et des bases. Les CRFM sont situés sur les grandes bases des Forces canadiennes afin de soutenir principalement les familles de la Force régulière qui y habitent. Certains CRFM, comme celui de Calgary, servent une clientèle composée principalement de familles de réservistes. D'autres encore, comme le CRFM d'Ottawa, servent toute une brochette de familles aux antécédents divers et dont le seul lien commun est le fait qu'un de leurs membres est déployé sur un théâtre d'opérations quelque part.

Le Comité a entendu des témoins expliquer que certaines familles de militaires, tant de la Force régulière que de la Réserve, ne profitent pas pleinement des CRFM ou d'autres programmes de soutien à la famille. Il semble y avoir deux explications. Premièrement, les soldats qui reçoivent de l'information au sujet des services de soutien à la famille lors de l'instruction préalable au déploiement ne la transmettent pas toujours à leur conjoint. Deuxièmement, certains conjoints, particulièrement ceux qui élèvent une famille dans un grand centre urbain plutôt que sur une base militaire, préfèrent ne pas recourir aux services de soutien à la famille des militaires, estimant, semble-t-il, pouvoir se débrouiller très bien tout seuls.

Ces situations sont particulièrement fréquentes chez les familles des réservistes. Les parents d'un jeune réserviste, qui ont témoigné devant le Comité et dont l'un est médecin, ont admis ne pas avoir donné suite à l'information sur le soutien à la famille, qui leur avait été fournie par leur fils et son unité, avant le déploiement.

Certes, on ne saurait obliger les familles à participer aux programmes de soutien social offerts, mais le Comité estime qu'il faudrait leur rappeler respectueusement qu'en acceptant le soutien, elles seront plus à même de faire face à l'absence de leur proche et se sentiront rassurées par l'éventail des services d'aide à leur disposition au besoin. Par ailleurs, il importe également que les conjoints et les familles des militaires se rendent compte que même s'ils n'ont pas besoin d'aide durant la mission, ils peuvent être à même d'aider une autre famille moins fortunée. Si elles souhaitent tirer parti des nombreux programmes de support social fournis par les Forces canadiennes, les familles des militaires se doivent d'y participer.

RECOMMANDATION 24

Les Forces canadiennes doivent rappeler aux militaires qu'ils ont une obligation de tenir leur famille pleinement informée des services de soutien social et médical à leur disposition. Les Forces canadiennes doivent aussi continuer d'inciter les familles des militaires à se prévaloir de ces services de soutien médical et social.

La prestation de services de soins de santé aux familles des militaires, comme aux familles civiles, incombe aux provinces. Toutefois, l'accès aux soins est inégal. Sur les bases militaires rurales ou relativement isolées, comme BFC Cold Lake et BFC Petawawa, pratiquement aucune des familles de militaires n'a de médecin de famille, en raison de la pénurie de professionnels de la santé dans la région, bien qu'elles aient accès aux hôpitaux et aux cliniques d'urgence avoisinantes. Une famille qui a un médecin de famille risque de le perdre en déménageant dans une autre région ou à l'étranger, et n'en trouvera pas toujours un autre.

Le Comité a entendu des témoins affirmer que même lorsque les services de santé sont disponibles, il est parfois difficile de s'y rendre, surtout, encore une fois, dans les régions isolées ou rurales. Les membres de la famille doivent parfois parcourir une distance considérable pour se rendre au cabinet d'un médecin spécialiste, mais ne disposent pas de moyens sûrs de s'y rendre. À cet égard, ce qui nous a été décrit comme un problème d'accès aux soins n'est peut-être, dans certains cas, qu'un problème de transport. C'est une difficulté que peut régler le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes.

RECOMMANDATION 23

Le ministère de la Défense nationale devrait immédiatement fournir de meilleurs moyens de transport (comme des fourgonnettes modernes ou des autocars avec chauffeurs) dans les bases militaires isolées afin que les militaires et les membres de leur famille disposent d'un transport adéquat lorsqu'ils doivent se rendre à l'extérieur de la ville pour des services de soins de santé ou des rendez-vous médicaux.

RESPECT ET EMPATHIE

Certains membres de famille, particulièrement des parents, ont clairement exprimé leur déception face au manque évident de respect et d'empathie de la part de certains commandants, ou de leurs représentants, quand ils cherchaient à intervenir au nom de leur fils ou de leur frère qui, dans les cas dont le Comité a été saisi, occupaient le rang de soldat ou de caporal.

De plus, la chaîne de commandement opérationnelle semble indisposée par l'intérêt que manifestent les membres de la famille pour la prise en charge d'un soldat blessé et les soins qui lui sont prodigués, particulièrement si ce soldat se sent négligé. Le fait qu'un père ou une mère puisse avoir une opinion et influencer sur le traitement de leur fils soldat hérisse parfois les commandants de rang intermédiaire. Nous avons déjà formulé une recommandation à ce sujet.

Il est largement reconnu chez les Forces canadiennes que le bien-être des familles des militaires est essentiel à l'efficacité des opérations. Le soldat au combat ne saurait avoir à s'inquiéter de sa famille, restée au pays.

Depuis 1992, le ministère de la Défense nationale appuie un réseau qui compte plus d'une quarantaine de Centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM) situés dans des villes et sur des bases militaires partout au pays⁵¹. Quand les troupes sont déployées en mission, les bases des Forces canadiennes mobilisent aussi les Centres de soutien au déploiement (CSD)⁵², dotés de militaires qui se consacrent au soutien des familles des militaires déployés.

En 2008, les Forces canadiennes ont tenu le premier Sommet annuel sur les services aux familles, où les CRFM et les représentants des familles de militaires se sont réunis avec des officiers supérieurs pour discuter de la façon d'améliorer les services de soutien aux familles. Une campagne nationale a été élaborée qui souligne le rôle et l'importance des familles des militaires, sous le thème *La famille des militaires : La force conjointe*; de plus, il est prévu d'établir un Conseil consultatif sur la famille dans les Forces canadiennes qui fera rapport deux fois par année au Conseil des Forces armées afin de conseiller directement les officiers supérieurs des Forces canadiennes sur les questions touchant les familles des militaires.

Les familles de militaires ayant des difficultés de santé mentale ont accès à tout un éventail de services et de programmes dispensés par les Forces canadiennes et Anciens Combattants Canada, dont des programmes de counselling offerts par le Programme d'aide aux membres et le réseau de Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVS)⁵³. Le soutien est également assuré par le Centre du ministère de la Défense nationale/d'Anciens Combattants Canada pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leur famille (baptisé « le Centre ») et le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, à Sainte-Anne-de-Bellevue, au Québec⁵⁴. L'intervention en situation de crise est offerte par l'intermédiaire du réseau des CRFM au Canada, aux États-Unis et en Europe.

- 51 Voir le directeur du Soutien aux familles des militaires, <http://www.cfpca.com/fr/psp/dmfs/index.asp>.
- 52 Voir par exemple le site Web du CSD, http://www.army.forces.gc.ca/DSC_Petawawa/index-fra.html.
- 53 Voir le site Web du Centre, <http://www.cmp-cpm.forces.gc.ca/cen/atc-sic/index-fra.asp>. Voir aussi le site Web de SSVSO, http://www.osiss.ca/fr/gtraph/index_f.asp?sidecat=1.
- 54 Voir le site Web du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, http://www.vacc-ac.gc.ca/clientele/sub.cfm?source=sainteanne/centre_tsq.

Selon certains témoins, la bureaucratie entourant le reclassement devait être rationalisée afin que les transferts puissent s'opérer plus rapidement, particulièrement dans le cas de victimes de SSPT qui attendent avec impatience de retrouver un milieu familial mais moins astreignant. Nous n'avons pas approfondi cette question, mais nous souhaitons souligner que le reclassement n'est pas une paracée, malgré ce que d'aucuns en disent. Compte tenu de l'orientation de la mission des Forces canadiennes, rappelons que seuls les militaires qui sont tout à fait aptes au travail selon les critères établis peuvent demeurer au sein des Forces canadiennes pendant toute la période de service. Tous les métiers des Forces canadiennes ont en bout de ligne un rôle opérationnel. Les vagues mères, les cuisiniers et les fantassins oeuvrent côte à côte en Afghanistan.

Le processus de reclassement n'est pas une simple réaffectation à un autre métier. C'est plus compliqué. L'examen des différents éléments — état de santé du soldat, compétences, exigences opérationnelles, calendriers de formation, etc. — est complexe. N'ayant entendu aucun témoignage négatif à ce sujet, le Comité n'a rien à reprocher au système existant. Nous avons confiance que les Forces canadiennes continueront de prendre les mesures nécessaires pour permettre le reclassement rapide de soldats blessés dans un autre métier militaire, en conformité avec les exigences opérationnelles.

Certains militaires sont blessés si grièvement et souffrent si terriblement d'une blessure physique ou de TSO/SSPT qu'ils ne seront plus jamais véritablement aptes à travailler, même dans un métier moins difficile. En conformité avec le règlement régissant l'universalité du service, ils sont habituellement libérés des Forces canadiennes et la responsabilité de leurs soins incombe alors au ministère des Anciens Combattants du Canada. De nos jours cependant, le chef d'état-major de la Défense fait preuve d'une bonne mesure de compassion et de bon sens dans l'application des règles existantes afin de donner aux soldats blessés le temps et le soutien dont ils ont besoin pour guérir et en venir à leur propre décision au sujet de la suite de leur service.

RECOMMANDATION 22

Le Comité invite le ministre de la Défense nationale et les Forces canadiennes à continuer de s'efforcer d'appliquer avec compassion les règles existantes concernant l'universalité du service et les critères minimaux d'efficacité opérationnelle, afin que les soldats qui se rétablissent puissent continuer de servir au sein des Forces canadiennes, tant que la fonction qu'ils remplissent satisfait aux exigences opérationnelles des Forces canadiennes.

Le Comité a été saisi d'une question qui a suscité beaucoup d'émotion : faut-il permettre à un soldat blessé de continuer de servir les Forces canadiennes et, le cas échéant, de quelle façon? Il était inouï d'entendre des militaires blessés qui, quelle que soit leur maladie, étaient farouchement décidés à continuer de porter l'uniforme, à un titre ou à un autre. Abstraction faite des émotions, dans le métier des armes au Canada, une longue carrière militaire n'est pas un dû et personne n'a le droit à une promotion. Néanmoins, la question mérite qu'on y réfléchisse.

La Directive et ordonnance administrative de la Défense nationale (DOAD) 5023-0 expose la politique sur l'universalité du service dans les Forces canadiennes⁴⁸. Le principe de l'universalité du service, ou principe du « soldat d'abord », sous-entend que les militaires doivent exécuter les tâches militaires d'ordre général ainsi que les tâches communes liées à la défense et à la sécurité, en plus des tâches de leur groupe professionnel militaire. Entre autres, les militaires doivent être en bonne condition physique, aptes au travail et déployables pour aller effectuer des tâches opérationnelles générales. Tous les membres des Forces canadiennes doivent satisfaire aux Critères minimaux d'efficacité opérationnelle⁴⁹.

Afin de remplir leur mission, les Forces canadiennes doivent jouir d'une autorité et d'une marge de manœuvre générales dans l'utilisation des militaires et de leurs compétences. Le fondement législatif de cette autorité se trouve à l'article 33 de la *Loi sur la défense nationale*. L'importance fondamentale de cette autorité est reconnue dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne* qui prescrit que l'obligation de prendre des mesures d'adaptation est assujettie au principe de l'universalité du service⁵⁰. Selon ce principe, les militaires doivent être en mesure de pouvoir accomplir en tout temps et en toutes circonstances les fonctions qui peuvent leur être demandées. La nature non restrictive du service militaire constitue l'une des caractéristiques qui le distinguent de la notion civile d'emploi régie par un contrat.

Les militaires blessés dont le pronostic prévoit qu'ils redeviendront aptes au travail restent dans les Forces canadiennes pendant qu'ils guérissent. Cependant, certains, atteints d'une blessure physique ou psychologique, continuent de satisfaire aux critères minimaux d'efficacité opérationnelle mais ne redeviendront pas entièrement aptes à travailler dans le métier qu'ils exerçaient auparavant parce qu'ils ne satisfont plus aux normes médicales de ce métier. Plutôt que de les libérer, les Forces canadiennes leur offriront un reclassement pour qu'ils occupent un autre poste, moins exigeant.

48 Voir DOAD 5023-0, <http://www.admfincs.forces.gc.ca/dao-doa/5000/5023-0-fra.asp>.

49 Voir DOAD 5023-1, *Critères minimaux d'efficacité opérationnelle*, <http://www.admfincs.forces.gc.ca/dao-doa/5000/5023-1-fra.asp>.

50 *Loi canadienne sur les droits de la personne*, article 159, <http://laws.justice.gc.ca/en/ShowFullDoc/cs/H-6//fr>.

Les Forces canadiennes doivent poursuivre leurs activités servant à informer et à sensibiliser les militaires et leurs familles au sujet de la nature du TSO et de son traitement, mais en visant tout particulièrement les commandants de la Force de réserve, les réservistes et leurs familles, surtout ceux qui habitent à une certaine distance d'une installation militaire.

RECOMMANDATION 21

La chaîne de commandement de l'unité de la Réserve doit intervenir directement et en amont auprès des réservistes de retour au pays pour qu'ils terminent le plus tôt possible le processus post-déploiement, soit les mesures administratives, les entrevues et les rendez-vous médicaux nécessaires. Dans le cas d'un réserviste qui bénéficie de soins et de traitements continus après une période de service à temps plein, la chaîne de commandement de l'unité de la Réserve doit communiquer régulièrement avec le gestionnaire de cas des Services de santé des Forces canadiennes et suivre activement le programme de traitement du soldat.

RECOMMANDATION 20

Deuxièmement, le fait est que certains réservistes, même s'ils ont pour instructions de remplir les formulaires et de prendre rendez-vous, ne le font tout simplement pas. Il est impossible de les y obliger quand ils ne sont pas en service. Malgré les efforts déployés par l'unité de la Réserve pour organiser et remplir ces mesures administratives, il se produit parfois des retards frustrants. Certaines unités suivent une approche plus proactive qui semble fonctionner : les travailleurs sociaux civils engagés par contrat sont convoqués habituellement peu nombreux pour chaque unité) sont interviewés un à la fois et les formulaires nécessaires sont remplis. Les unités de la Réserve qui suivent une approche plus passive et laissent à chaque réserviste le soin de remplir lui-même ses formulaires et de prendre rendez-vous, obtiennent généralement de moins bons résultats.

Les difficultés qui peuvent survenir sont de deux ordres. Premièrement, certaines blessures, et particulièrement les traumatismes liés au stress opérationnel, ne se manifestent pas toujours pendant la durée du contrat à temps plein. Ainsi, après environ 90 jours, le réserviste réintègre la vie civile et si, par la suite, il commence à vivre des difficultés, il peut chercher de l'aide de sa propre initiative, mais ne le fait pas nécessairement. Il se peut que l'unité de réserve ne soit jamais mise au courant du problème.

Le rapport de l'ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes sur les inquiétudes que vivent les réservistes à la suite d'une blessure confirme les difficultés administratives qui sont depuis longtemps, le lot de la Force de réserve. Au cours de son étude, le Comité a recueilli des témoignages qui démontrent que les unités de la Réserve ne sont pas à même de prendre les mesures administratives nécessaires au dépistage des problèmes de santé mentale qui se présentent après un déploiement. Un témoin a décrit l'absence de contact ou de soutien de la part de son régiment de petite ville.

Dans une autre région du pays, le dépistage post-déploiement auprès de 57 de soldats appartenant à un solide régiment de la Réserve n'a pas été terminé dans le délai de six mois fixé pour réaliser l'activité. Durant cette période :

a) 35 soldats sur 57 ont eu le suivi médical requis;

b) 14 sur 57 ont passé le test cutané de dépistage de la tuberculose;

c) 36 sur 57 ont suivi le processus amélioré de dépistage médical post-déploiement⁴⁷.

En réalité, la plupart des réservistes, quand ils reviennent, se font simplement ordonner de remplir certains formulaires à des moments précis et de communiquer, par leurs propres moyens, avec un travailleur social local engagé par contrat, afin de fixer un rendez-vous et d'organiser une entrevue. Or, d'après les descriptions, certains de ces travailleurs sociaux n'ont aucune idée de ce qu'ont fait les réservistes en Afghanistan, ne manifestent pas d'empathie et ne tiennent pas du tout à creuser l'état psychologique des soldats.

Les réservistes qui reviennent d'une opération à l'étranger peuvent en fait être supervisés pendant la durée de leur contrat à plein temps, lequel se termine (habituellement) de 60 à 90 jours après leur retour. Les blessures ou maladies qui apparaissent durant cette période peuvent être traitées. Si elles subsistent à la fin du contrat, celui-ci peut être prolongé jusqu'au rétablissement du soldat ou jusqu'à ce que ce dernier mette fin au contrat. Dans les deux cas, les Forces canadiennes continuent de superviser les soins et le traitement.

une blessure physique, à occuper leurs journées dans des conditions supervisées, ou à tout le moins presque normales, parmi leurs pairs. C'est là qu'intervient l'UISP.

UNITÉ INTERARMÉES DE SOUTIEN AU PERSONNEL

Le 2 mars 2009, les Forces canadiennes ont annoncé la mise sur pied, au cours des prochains mois, d'un réseau de huit centres intégrés de soutien au personnel (à Vancouver, Edmonton, Shilo, Petawawa, Valcartier, Gagetown et Halifax), chapeautés par l'Unité interarmées de soutien au personnel (UISP) établie Ottawa.⁴⁶ L'UISP et ses centres intégrés de soutien au personnel ont pour mandat de répondre aux demandes de soutien et de faire rapport par la chaîne de commandement des préoccupations des militaires des FC malades ou blessés. Ils visent à améliorer la qualité des soins et des services offerts, à s'assurer que les militaires peuvent bénéficier de la même qualité de soins et de soutien partout au pays et à réduire le risque de lacunes, de chevauchement et de confusion en s'assurant qu'aucun militaire des FC ne « passe entre les mailles du filet ».

L'UISP coordonne les services de santé offerts par les Forces canadiennes et le ministère des Anciens Combattants aux militaires et à leurs familles, offre son soutien aux militaires actuellement en service et aux militaires libérés, aux membres de la Force régulière comme aux réservistes, et accueille les patients qui lui sont dirigés par un médecin tout autant que ceux qui se présentent d'eux-mêmes, de même que les militaires souffrant de blessures à long terme ainsi que ceux qui envisagent de prendre leur retraite. Elle répond aux demandes d'information des membres de la famille en ce qui concerne les services et les programmes d'appui à l'intention du personnel malade et blessé, et les redirige au besoin.

RECOMMANDATION 19

Le ministère de la Défense nationale devrait s'assurer que l'on consacre des ressources adéquates à l'établissement d'un nombre suffisant d'unités interarmées de soutien au personnel et de centres intégrés de soutien au personnel pour offrir ces services dans tout le pays.

46 Voir la note documentaire sur l'UISP à l'adresse suivante : <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-fra.asp?id=2880>.

RECOMMANDATION 17

Les Forces canadiennes devraient intégrer l'identification et le cours de formation au commandement. Elles devraient aussi inclure plus d'information à ce sujet, pour les commandants à tous les niveaux, dans l'instruction préalable au déploiement.

Mais il y a aussi d'autres facteurs qui entretiennent les préjugés négatifs.

Le fait que les Centres de soins pour trauma stress opérationnels se trouvent sur le site même des principales bases des Forces canadiennes en est un. Des témoins ont indiqué que les personnes qui veulent se faire soigner dans un de ces centres ne peuvent le faire dans l'anonymat parce que d'autres personnes, dont peut-être leurs pairs et leurs supérieurs, peuvent les voir entrer et sortir. Ces personnes craignent d'être exclues, de faire l'objet de commérages ou, pire, de voir leur carrière prendre une tangente négative. La solution, selon certains témoins, serait de déplacer les centres de soins à l'extérieur des bases, afin d'assurer la confidentialité et la protection de la vie privée.

Or, rien ne prouve qu'une telle mesure augmenterait la confidentialité; elle pourrait même passer à côté du vrai problème, ou encore l'accentuer. Il y a des professionnels de la santé qui pensent que le déménagement des centres de soins en santé mentale à l'extérieur des bases ne ferait que renforcer les préjugés négatifs. Si on doit considérer les blessures psychologiques au même titre que les blessures physiques, peut-être que les Centres de soins pour trauma stress opérationnels devraient se trouver au même endroit que les autres services médicaux, c'est-à-dire dans les bases. Cela favoriserait la notion d'équivalence. On reviendra sur cette question un peu plus loin dans le rapport.

RECOMMANDATION 18

Le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes devraient réunir toutes leurs installations médicales en un même lieu, sur les bases militaires, de manière à promouvoir l'idée que toutes les blessures et tous les maux seront traités avec le même respect et à faire disparaître les préjugés négatifs au sujet des problèmes de santé mentale.

La séparation physique de leur unité et de leurs pairs contribue également à stigmatiser les militaires souffrant d'un TSO. Souvent, ceux-ci passent leurs grandes journées à ne rien faire à la maison, et ne sortent que pour aller à leurs traitements. S'il est sécurisant d'être à la maison avec sa famille, ce n'est pas une situation normale pour un soldat habitué de passer ses journées au sein de son unité, en compagnie de ses pairs, à vaquer à ses occupations normales. Le Comité croit qu'on contribuerait à dissiper les préjugés négatifs en autorisant les membres souffrant d'un TSO, comme ceux qui ont subi

soins. Dans une proportion écrasante de 93,5 p. 100, les répondants ont indiqué que leur opinion sur une personne resterait la même si celle-ci devait consulter un conseiller en santé mentale⁴⁴.

Ajoutons qu'à une réunion du Forum canado-américain sur la santé mentale et la productivité, en novembre 2008, on a louangé les Forces canadiennes pour avoir réussi à atténuer les préjugés négatifs entourant la maladie mentale, devenus un enjeu important sur le plan de la main-d'œuvre et de la productivité partout en Amérique du Nord.

Le Bureau des conférenciers conjoint — Santé mentale et blessure de stress opérationnel a mis en œuvre une campagne d'éducation à l'échelle nationale visant à accroître les connaissances générales des militaires des Forces canadiennes, tous grades confondus, en matière de santé mentale, et à éliminer les obstacles sociaux au traitement. À ce jour, plus de 8 000 membres des FC ont obtenu de la formation et de l'éducation dans le cadre de cette campagne⁴⁵.

Le Comité pense que si les préjugés négatifs rattachés à la maladie mentale n'ont pas encore tout à fait disparu, c'est en grande partie à cause de l'absence d'une attitude générale appropriée à l'égard des questions de santé mentale dans l'ensemble des Forces canadiennes qui, comme il était mentionné au début du rapport, est une des causes fondamentales des nombreuses difficultés que connaît actuellement le système de soins de santé aux militaires.

RECOMMANDATION 15

Les Forces canadiennes doivent reconnaître la persistance, dans leurs rangs, d'une certaine culture, peut-être même d'un préjugé négatif, à l'endroit de la maladie mentale.

RECOMMANDATION 16

Les Forces canadiennes devraient poursuivre leurs efforts de sensibilisation à la nature et au traitement d'un TSO auprès de tout le personnel militaire, et s'efforcer particulièrement d'effacer tout préjugé négatif à l'endroit de ce genre de blessure.

44 Sondage des Forces canadiennes, *Stigma and Other Barriers to Mental Health Care in Canadian Forces Members Returning from Deployment to Afghanistan*, données anonymes recueillies après la décompression en un tiers lieu, à Chypre plus précisément, en 2006-2008. On a démontré plus de 9 000 répondants et estimé le taux de réponse à plus de 90 p. 100.

45 Voir la documentation fournie par le MDN à l'adresse suivante : <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-tra.asp?id=2844>.

RECOMMANDATION 13

Les Forces canadiennes devraient penser à assurer la continuité de soins de qualité, avant le perfectionnement professionnel de leurs membres.

RECOMMANDATION 14

Les Forces canadiennes devraient assurer le suivi de la santé mentale de leurs membres au cours des cinq années suivant la participation à une mission opérationnelle, afin de pouvoir déceler et traiter efficacement tout trouble de santé mentale.

LE PRÉJUGÉ NÉGATIF

La notion de préjugé négatif est souvent revenue dans les témoignages. Les troubles de santé mentale sont mal perçus en général dans la population. Pendant des années, les blessures psychologiques, dans les milieux militaires, étaient considérées comme un signe de faiblesse. Le verdict à l'endroit d'une personne atteinte d'un trouble mental était parfois sévère : pas assez coriace pour être soldat. Dans le rapport de 2002 de l'Ombudsman, on apprenait que les militaires souffrant du SSPT sont souvent « mis à l'écart et stigmatisés par leurs pairs et la chaîne de commandement ». Six ans plus tard, dans son rapport de suivi, l'Ombudsman indiquait que les préjugés négatifs associés au SSPT ainsi qu'à d'autres TSO demeurent un problème. Il a fait observer qu'un certain nombre de projets de sensibilisation avaient été lancés dans l'intervalle, mais qu'un leadership plus musclé s'impose au niveau local.

Le Comité a entendu des propos invérifiables de la part d'un certain nombre de témoins, habituellement des caporaux et des soldats, suivant lesquels les blessures physiques visibles, dans la culture militaire, sont plus acceptables, voire même respectables, que les blessures psychologiques qui, elles, ne sont pas visibles, suscitent souvent moins le respect et peuvent même être perçues comme un signe de faiblesse ou, ce qui est encore plus dévastateur, un manque de courage. En toute justice, le Comité a aussi entendu de nombreux témoins, surtout des hauts gradés, affirmer que ces perceptions sont en train de changer et que l'on fait de moins en moins de distinction entre les blessures physiques et les blessures psychologiques.

Les Forces canadiennes admettent depuis quelque temps que les préjugés négatifs qui perdurent au sujet de la maladie mentale découlent d'un problème de leadership. Mais la situation a beaucoup évolué. Un sondage mené entre 2006 et 2008 auprès de membres des Forces canadiennes rentrés d'Afghanistan après leur période de décompression montre clairement que plus de 80 p. 100 des répondants s'opposent à la stigmatisation motivée par des stéréotypes. Ils rejettent l'idée que les personnes souffrant de troubles de santé mentale sont des gens faibles qui pourraient voir leur carrière menacée et qui pourraient avoir du mal à obtenir des congés autorisés pour recevoir des

stress de soignant et de SSPT secondaire⁴³ et avoir en conséquence du mal à s'y retrouver dans les méandres administratifs complexes des programmes de traitement et de soins.

RECOMMANDATION 11

Les Forces canadiennes devraient officiellement reconnaître le besoin de faire intervenir, le cas échéant, certains membres de la famille dans le traitement des militaires ayant subi une blessure psychologique, et faire en sorte qu'ils soient consultés et inclus dans les plans de traitement, dans la mesure où cela peut être utile.

RECOMMANDATION 12

Quand des membres des Forces canadiennes sont blessés et ont besoin d'aide pour s'y retrouver dans les méandres administratifs complexes d'un programme de traitement et de soins, les Forces canadiennes devraient faciliter le recours à un conseil désigné choisi par le militaire et coopérer avec ce conseil. Les membres des Forces canadiennes devraient être informés de leur droit à un conseil. Vu les conséquences de tout stress additionnel sur les parents proches des militaires, les conseils pourraient comprendre des retraités des Forces canadiennes et d'autres professionnels (comme des médecins, des psychologues et des conseillers spirituels ou religieux).

CONTINUITÉ DES SOINS

Il arrive que les traitements reçus par un soldat soient interrompus ou altérés quand ce dernier est muté à une autre unité. Des témoins ont indiqué que la continuité des soins était devenue problématique après une mutation, en particulier lorsqu'ils s'étaient retrouvés à un endroit aux prises avec une pénurie de spécialistes médicaux.

Il est certainement difficile de satisfaire aux exigences opérationnelles des Forces canadiennes en tenant compte du régime de traitement à accorder à un blessé et des préférences d'emploi de ce dernier. Mais si l'objectif visé est de permettre aux soldats blessés de se remettre de leurs blessures et de réintégrer leurs fonctions, le Comité suggère que, à moins de raisons péremptoires d'agir autrement, l'assurance de soins et de traitements de qualité devrait avoir préséance sur le perfectionnement professionnel.

Malgré un certain nombre d'exemples sur les excellents soins prodigués à des membres des Forces canadiennes souffrant d'un TSO, de nombreux militaires et parents proches de militaires ont critiqué le manque d'empathie et de compréhension démontré par certains professionnels de la santé dans la population civile. On se plaignait le plus souvent que ceux-ci ne comprennent tout simplement pas la nature des activités ou des traumatismes que subissent les militaires canadiens en Afghanistan, surtout ceux qui sont engagés régulièrement dans des opérations de combat.

Au cours d'une séance à huis clos, un soldat d'expérience souffrant du SSPT a déclaré que tout ce qu'il voulait, c'était de pouvoir s'asseoir avec d'autres de ses camarades militaires pour discuter de ses expériences. Les soldats blessés présentant des symptômes de TSO ont besoin de parler avec quelqu'un qui comprend ce qu'ils ont vécu, qui a un certain degré d'empathie et qui est même prêt juste à les écouter. Il semble cependant que certains professionnels de la santé civils employés à contrat ne veuillent rien entendre de tout cela. Par contre, il y en a parmi eux qui ont fait part au Comité de leurs inquiétudes au sujet de pratiques militaires inacceptables et d'obstacles empêchant la prestation de soins de qualité aux membres des Forces canadiennes ayant subi un TSO⁴².

RECOMMANDATION 10

Les Forces canadiennes devraient instituer un programme de sensibilisation des professionnels de la santé embauchés à contrat aux particularités de l'expérience militaire dans le contexte d'une mission internationale, surtout quand elle comporte des combats.

La mère d'un soldat canadien souffrant du SSPT a émis l'idée qu'un grand nombre de professionnels de la santé physique et mentale chez les militaires ont peut-être épuisé toute leur capacité de compassion, en même temps que leurs forces, et qu'il leur est maintenant difficile de faire preuve de sollicitude et d'empathie dans chaque cas.

Toutes les parties interrogées s'entendent cependant sur le fait que les militaires ayant subi un TSO auraient avantage à avoir des contacts avec des membres de leur famille au cours de leur programme de traitement ou à voir ceux-ci participer à ce programme.

Des familles de militaires et des professionnels de la santé, comme le D^r Greg Passey, ont dit au Comité que les parents proches d'un militaire peuvent souffrir d'un

42 Joyce Belliveau et Robin Geneau, *Témoignages*, Comité permanent de la défense nationale, réunion n° 26, 8 mai 2008.

moment que surgit le sentiment d'abandon, surtout chez les jeunes soldats ou caporaux qui ne savent pas quoi faire ou qui, affligés déjà des symptômes de TSO, ne sont pas en état d'errer sans supervision.

Le Comité a entendu les témoignages de soldats blessés qu'on avait laissés à eux-mêmes pendant des jours à l'aérodrome de Kandahar, en attendant leur rapatriement au Canada, et à qui on venait porter de quoi boire et manger dans des roulettes leur servant d'abri parce qu'ils ne pouvaient pas marcher jusqu'à la salle à manger. Ce genre de situation n'est pas unique, mais elle est d'autant plus troublante que tous ces jeunes soldats qui l'ont vécue faisaient partie de régiments établis de longue date qui se vantent de prendre soin de leurs membres. On voit bien qu'il y a place à amélioration.

Un des témoins a suggéré de créer, dans toutes les grandes bases des Forces canadiennes et tous les autres établissements de soins pour militaires, une sorte d'unité de transit où seraient envoyés les blessés, au lieu d'être soumis à cette mesure purement administrative qu'est l'inscription sur la LEPND. Cette unité serait composée de personnel admettant formé pour suivre quotidiennement les progrès accomplis par les soldats sur le chemin de la guérison et les aider à cheminer dans le labyrinthe de rendez-vous et de traitements nécessaires à leur remise sur pied. Le Comité estime cependant que l'Unité interarmées de soutien au personnel (UISP) dont la création a été annoncée récemment permettra d'assurer une supervision adéquate et aidera les soldats en voie de rétablissement.

Le Comité a entendu de nombreux témoignages selon lesquels le TSO et le SSPT sont souvent associés à la toxicomanie et à l'alcoolisme. Cette comorbidité peut entraîner pour les membres des Forces canadiennes.

RECOMMANDATION 8

Les Forces canadiennes devraient inclure, parmi les services offerts aux personnes souffrant de TSO et de SSPT, des services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

RECOMMANDATION 9

Les Forces canadiennes devraient fournir à leurs membres et à leurs familles de l'information sur le risque de violence familiale associé au TSO et au SSPT et offrir des services aux familles de militaires qui subissent ou risquent de subir ce type de violence.

Presque tous les militaires ayant subi une blessure qui se sont présentés devant le Comité ont souligné trois grandes préoccupations : le sentiment d'avoir été abandonnés par leur unité, la longue et frustrante période d'attente avant qu'on établisse un diagnostic et qu'on commence à les soigner et la qualité inégale des soins prodigués par les professionnels de la santé et les gestionnaires de soins.

MANQUE DE SOUTIEN DE LA PART DE L'UNITÉ

Les soldats victimes d'une blessure physique ou d'un traumatisme lié au stress opérationnel qui ont témoigné devant le Comité ont tous dit avoir senti nettement, et avec regret, que leur unité les avait laissés tomber, que ce soit lorsqu'ils ont été évacués du champ de bataille, à leur retour de congé post-déploiement après être rentrés d'Afghanistan, ou lorsqu'on les a inscrits sur la Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND)⁴¹. Même l'ombudsman a constaté, en 2002, que les rapports entre les membres des Forces canadiennes atteints du SSPT et leur unité laissaient à désirer, surtout à partir du moment où le soldat était placé sur la LEPND.

Dans la majorité des témoignages entendus par le Comité, rarement il a été fait mention d'une attention quelconque portée aux blessés par les sous-officiers et les officiers subalternes. Un petit nombre de soldats seulement ont eu des bons mots pour la chaîne de commandement en deçà du grade de commandant. Ils ont eu l'impression qu'on les avait laissés se débrouiller seuls avec le système de santé. Un réserviste a senti que son unité le tenait intentionnellement à l'écart. Un autre soldat, qui avait bravement servi en Afghanistan où il avait subi des blessures physiques et psychologiques, était tellement fatigué de voir que son unité ne s'occupait plus de lui qu'il a fini par déménager chez ses parents pendant qu'il recevait des soins qu'il avait attendus trop longtemps. Il n'a plus rien voulu savoir des Forces canadiennes.

Il y a ici deux aspects à prendre en considération. Premièrement, si on se fie aux témoignages entendus, les unités et leurs chefs semblent se désintéresser du sort des soldats dès que ceux-ci quittent leur secteur, en attente de soins. Cette situation découle en partie du fait que les unités opérationnelles se concentrent sur les opérations et portent toute leur attention aux tâches qui les attendent. Deuxièmement, quand les soldats sont renvoyés à l'arrière, loin de leur commandement immédiat, pour y recevoir des soins, il n'y aurait pas d'autres intervenants pour les prendre en charge. C'est à ce

41 L'inscription sur la LEPND est une mesure administrative de gestion et de contrôle des militaires qui ne sont pas encore prêts physiquement ou mentalement à reprendre le travail au sein d'une unité opérationnelle.

autres ministères. Cependant, quelles que soient les difficultés, les Forces canadiennes doivent, avec l'aide des partenaires gouvernementaux appropriés, faire tout ce qui est en leur pouvoir pour mobiliser, déployer et conserver suffisamment de professionnels de la santé et de professionnels connexes pour répondre aux besoins des membres des Forces canadiennes et de leurs familles.

RECOMMANDATION 5

Il est recommandé que le gouvernement mette sur pied, dans les 12 mois suivant la présentation du présent rapport, un conseil national de surveillance des ressources en santé, sous la direction de Santé Canada et composé de représentants des Forces canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada, d'autres ministères et organismes fédéraux pertinents, ainsi que d'autres paliers de gouvernement et intervenants intéressés, qui se réunirait régulièrement, au moins deux fois par an, pour examiner la distribution des ressources en santé au Canada et les besoins de divers groupes clients, tels que les Forces canadiennes et les familles de militaires, et pour relever les lacunes et réfléchir aux moyens d'y remédier.

RECOMMANDATION 6

Il est recommandé que Santé Canada, avec l'aide du ministère de la Défense nationale et du ministère des Anciens Combattants, procède à une vérification détaillée des services de santé offerts aux Forces canadiennes au Canada et partout dans le monde, afin de déterminer la nature et l'étendue des lacunes. Au Canada, cela pourrait être fait en collaboration avec les autorités provinciales, territoriales et municipales compétentes. Le Comité recommande qu'on porte une attention particulière aux grandes bases situées en région rurale, qui risquent le plus de manquer de ressources au niveau de l'infrastructure sanitaire. À l'étranger, cette vérification serait réalisée en collaboration avec les autorités des pays où les Forces canadiennes maintiennent des effectifs.

RECOMMANDATION 7

Les Forces canadiennes devraient multiplier les incitatifs au recrutement de professionnels de la santé. On pense par exemple à des allègements de dette des étudiants, des bourses, des primes, le paiement des droits de scolarité, l'achat de places dans les écoles de médecine des universités, à condition d'obtenir des garanties des provinces que l'argent ainsi dépensé servira à former des étudiants en santé mentale destinés aux Forces canadiennes.

a) Rémunération — La hausse des salaires au gouvernement fédéral n'a pas suivi le mouvement par rapport aux provinces et au secteur privé;

b) Besoins opérationnels urgents — L'effet négatif de la sous-traitance des services, le besoin grandissant de spécialistes et de médecins expérimentés, le roulement élevé des médecins et la difficulté de gérer les lourdes charges de travail, en partie à cause du manque de soutien administratif;

c) Besoins administratifs urgents — Les problèmes concernant la classification des postes et les taux de rémunération, le processus de dotation onéreux et inflexible en ce qui a trait au groupe des médecins et les contraintes budgétaires de plus en plus grandes;

d) Besoins urgents au chapitre de la qualité — Le manque de possibilités d'avancement professionnel, le champ d'activités limité et les conflits entre la culture ministérielle et la culture médicale.

Il faut avant tout reconnaître qu'il n'y a pas que les Forces canadiennes qui souffrent de la pénurie de professionnels de la santé et qu'on ne peut remédier au problème simplement en injectant plus d'argent pour recruter un plus grand nombre de ces professionnels. Le problème existe tant au niveau fédéral qu'un niveau provincial, et les initiatives ministérielles isolées ne sont pas la solution. Une approche concertée s'impose pour mobiliser, déployer et maintenir en poste un nombre suffisant de professionnels de la santé afin de pouvoir répondre aux besoins grandissants des blessés parmi les Forces canadiennes et de leurs familles.

RECOMMANDATION 4

Il est recommandé que le gouvernement reconnaisse que, malgré une pénurie de professionnels de la santé au Canada, les Forces canadiennes ont l'obligation de fournir adéquatement les services médicaux nécessaires à leurs membres, notamment à ceux qui reviennent de mission et ont besoin de soins et de services de longue durée.

Les Forces canadiennes doivent bien sûr traiter les blessures physiques des soldats, mais elles doivent offrir aussi, à ceux qui souffrent de TSO, les services de santé mentale et les services connexes dont ils ont besoin. Par services connexes, on entend, mais pas seulement, le counselling en matière de toxicomanie, les consultations conjugales et familiales, l'ergothérapie et la ludothérapie.

Comme les Forces canadiennes ne peuvent, à elles seules, mettre en œuvre des solutions efficaces, elles devront, pour offrir un traitement adéquat et complet des TSO, compter sur la coopération et l'appui des

On continue de manquer de professionnels de la santé au Canada. En janvier 2008, l'Association médicale canadienne (AMC) annonçait le début d'une vaste campagne de sensibilisation de la population à la pénurie grandissante de médecins. Selon cet organisme, près de 5 millions de Canadiens sont privés de médecin de famille et un autre 5 millions pourraient se retrouver dans la même situation d'ici 2018. Le Canada a besoin de 26 000 médecins de plus pour atteindre le ratio moyen de médecins par habitant des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques)³⁹.

Il y a ici deux points importants à retenir. Premièrement, lorsque des membres des Forces canadiennes sont aiguillés vers des professionnels de la santé civils, ils se trouvent à rivaliser avec la population civile pour avoir accès à des ressources limitées. Le temps d'attente pour des traitements peut être plus long à certains endroits, notamment dans des régions rurales ou isolées, où l'on manque cruellement de personnel médical résident. Deuxièmement, les Forces canadiennes recrutent leurs professionnels de la santé au même endroit que les autres fournisseurs de soins de santé. Comme tout autre employeur, elles doivent disputer aux provinces et aux établissements de santé reconnus les talents des diplômés en médecine. Malgré les primes intéressantes offertes à la signature, les salaires compétitifs et un style de vie « particulier », ce ne sont pas tous les médecins et les infirmières qui aspirent à une carrière chez les militaires.

Le Comité a pris connaissance d'une étude intitulée *Étude sur le recrutement et le maintien de l'effectif de médecins employés du gouvernement fédéral*, publiée en 2007 par le PFSS. On y fait observer que la pression occasionnée par la demande grandissante de services de santé au Canada, combinée à une baisse du nombre de professionnels dans ce domaine, a eu des répercussions tant sur le secteur privé que sur le gouvernement, et ce, à tous les niveaux. La pénurie de médecins atteint des proportions alarmantes, car « selon les projections, on ne comptera plus en 2021 que 1,4 médecin par 1 000 habitants⁴⁰ ». Ajoutons à cela que le nombre de médecins canadiens qui prendront leur retraite augmentera de plus en plus rapidement au cours des 10 à 15 prochaines années, ce qui accentuera encore davantage la pénurie de médecins.

Vu la situation, le PFSS pense que le gouvernement fédéral doit impérativement corriger son incapacité à recruter et à maintenir à son emploi suffisamment de personnel médical qualifié. Au cours de son étude, il a cerné plusieurs défis communs et dégagé quatre grands thèmes :

39 Voir le site Web de l'AMC à l'adresse suivante : http://www.cma.ca/index.cfm?ci_id/55125/la_id/1.htm.

40 Forum médical canadien, Groupe de travail sur les effectifs des médecins au Canada, novembre 1999, <http://www.physicianhr.ca/reports/PhysicianSupplyInCanada-Final1999.pdf>.

l'entendre. L'écart apparent entre la politique établie et la pratique est un problème qui est demeuré aussi vif malgré les initiatives mises en œuvre par le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes.

Le Comité reconnaît que, selon les récents sondages effectués sur la satisfaction des patients au sein des Forces canadiennes, la très grande majorité des militaires et leurs familles sont d'avis que les services de santé offerts par les Forces canadiennes répondent à leurs besoins.

Les soins et les traitements sont normalement satisfaisants. Mais il y a un certain nombre d'insatisfaits qu'on ne peut ignorer et il faudra redoubler d'efforts, aux niveaux inférieurs, pour éviter que l'on donne des soins inappropriés.

De plus, d'après les témoignages que le Comité a entendus, le personnel médical des Forces canadiennes est surchargé de tâches administratives et consacre près de 40 p. 100 de son temps à l'administration et à l'application des politiques. S'il est vrai que l'on peut s'attendre dans un organisme relativement petit à une plus grande lourdeur administrative, il reste que le personnel médical des Forces canadiennes devrait se consacrer à sa fonction principale : dispenser des soins de première ligne aux patients.

On reviendra plus loin sur la question, mais les principaux problèmes, d'après ce que le Comité a entendu, semblent se situer au niveau des cliniques de première ligne, qui manquent de ressources et dont les gestionnaires de soins sont débordés de travail. Avant d'aller plus loin, le Comité se permet de recommander la tenue d'une vérification indépendante afin de déterminer l'étendue de l'écart entre la politique établie et la pratique et le problème de la lourdeur administrative, et les mesures à prendre pour supprimer ces problèmes.

RECOMMANDATION 2

Le ministère de la Défense nationale devrait faire une vérification indépendante des pratiques de gestion des soins fournis aux militaires afin de déterminer l'étendue de l'écart entre la politique que les Forces canadiennes ont énoncée et les pratiques observées dans le traitement et les soins offerts couramment aux blessés des Forces canadiennes. Cela fait, les mesures nécessaires devront être prises, dans toute la chaîne de commandement, pour éliminer cet écart et améliorer les soins aux patients.

RECOMMANDATION 3

Le ministère de la Défense nationale devrait faire une seconde vérification, par une organisation indépendante, pour déterminer si le fardeau administratif qui pèse sur les professionnels de la santé des Forces canadiennes nuit à l'efficacité de la prestation des soins.

RECOMMANDATION 1

Le ministre de la Défense nationale et le chef d'état-major de la Défense devraient faire ensemble une annonce publique, s'adressant à tous les membres des Forces canadiennes, afin de décrire les efforts importants qui sont faits pour offrir une conception claire, moderne et éclairée des questions de santé mentale au sein des Forces canadiennes. Les chefs de commandement, de formation et d'unité devraient faire des déclarations complémentaires à leur personnel pour insister sur la nécessité d'imposer cette conception à l'échelle locale.

L'ÉCART ENTRE LA POLITIQUE ÉTABLIE ET LA PRATIQUE

L'extrait suivant d'un témoignage entendu lors d'une réunion du Comité résume bien le deuxième problème auquel nous avons affaire :

Ces témoignages à huis clos, très troublants, portaient sur les services en santé mentale et l'absence de diagnostics rapides ou de traitements auxquels les membres des Forces armées canadiennes et leurs familles estimaient pouvoir s'attendre à titre de droits fondamentaux [...]

En même temps, nous avons entendu des hauts gradés des Forces armées qui ont clairement à cœur d'essayer de traiter les troubles de santé mentale adéquatement et efficacement [...]. Mais il semble y avoir cet écart entre ce que nous entendons des échelons supérieurs de l'armée canadienne et ce que nous disent les soldats, qui ne sont pas tous revenus d'Afghanistan. Certains ont été en Bosnie à l'époque de notre mission là-bas.

La question que j'aimerais vous poser porte sur cet écart entre les perceptions et les témoignages que nous avons entendus des soldats et de leurs familles, qui estimaient ne pas avoir obtenu une attention opportune à l'égard de leurs troubles de santé mentale, et les rapports et témoignages reçus de personnes à des échelons supérieurs de l'armée quant à leur désir de s'assurer qu'ils auront droit à cette attention.

Dawn Black, députée

17 juin 2008³⁸

Pour chaque officier supérieur ou haut fonctionnaire qui a fait état d'initiatives destinées à améliorer l'état de santé des militaires en général, et le dépistage et le traitement des troubles de santé mentale en particulier, au moins un officier ou fonctionnaire de grade intermédiaire a dit que le système ne fonctionne pas. L'expression « passe entre les mailles du filet » revenait si souvent qu'on ne s'étonnait plus de

Conscient du fait que les hommes et les femmes sont aussi vulnérables les uns que les autres à la maladie mentale, le Comité note le nombre grandissant de recherches effectuées sur les problèmes de maladie mentale chez les hommes qui semblent présenter un intérêt particulier pour la culture militaire au Canada³⁴. Les idées reçues à propos de la virilité poussent les hommes à se désintéresser des questions de santé. La société occidentale a une opinion très arrêtée sur la valeur des hommes et ce facteur influence grandement leur santé mentale. Michael Myers, psychiatre et professeur clinicien au Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique, explique : « La maladie mentale chez les hommes peut être camouflée. Nous savons depuis des décennies que les femmes savent davantage reconnaître les signes avant-coureurs d'une maladie et n'hésitent pas à consulter leur médecin. Cela ne signifie pas qu'elles sont en meilleure santé, mais plutôt que certains hommes ont tendance à ignorer leurs symptômes³⁵. »

À la lumière des témoignages entendus, il est clair que les dirigeants des Forces canadiennes travaillent fort pour susciter une attitude appropriée à l'égard de la santé mentale, mais peut-être pas assez ni à des niveaux suffisamment élevés³⁶. Comme on le verra plus tard, ces efforts ne semblent pas avoir beaucoup porté fruit dans les rangs inférieurs³⁷. Les Forces canadiennes ont donné l'exemple dans le passé en respectant l'égalité des sexes, en éliminant les pratiques discriminatoires et en se dotant d'un cadre éthique amélioré. Le Comité croit qu'elles pourront encore montrer à la société canadienne la voie à suivre pour ce qui a trait aux attitudes à adopter à l'endroit de la santé mentale.

Un comportement opportun procède d'une attitude appropriée. Si on considère une blessure psychologique au même titre qu'une blessure physique, on la soignera comme on soignerait une blessure physique, avec à peu près le même sentiment d'urgence. Quand il y a blessure, il n'y a pas de temps à perdre. Afin de donner l'exemple à tous les Canadiens, le Comité suggère que les hauts dirigeants de la Défense nationale et des Forces canadiennes fassent une déclaration publique d'envergure pour exposer et enraciner dans la culture militaire canadienne une conception claire, moderne et éclairée des questions de santé mentale, à laquelle devront scrupuleusement adhérer les militaires de tous grades. Faite dans les formes, cette déclaration servira de modèle à des initiatives semblables dans d'autres secteurs de la société canadienne.

34 Ibid.

35 Cité dans le site Web de l'Association canadienne pour la santé mentale, à l'adresse suivante : <http://www.cmha.ca/bins/content.page.asp?cid=3&lang=2>.

36 Il n'est aucunement fait mention des soins de santé dans les priorités du chef d'état-major de la Défense exposées dans le site Web de ce dernier. L'expression « santé mentale » apparaît une seule fois dans la cinquantaine de pages expliquant la Stratégie en matière de ressources humaines militaires 2020 (MDN, *Stratégie en matière de ressources humaines militaires 2020*, Ottawa, QGDN/SMA (RH-MIL), 2002, <http://www.cmp-cpm.forces.gc.ca/pd/hrs-smr/doc/hrs-smr-2020-fra.pdf>).

37 Voir le site Web des Services de santé mentale des FC à l'adresse suivante : <http://www.forces.gc.ca/health-sante/ps/mh-sm/default-fra.asp>.

LES PROBLÈMES FONDAMENTAUX

Le Comité a examiné attentivement tous les témoignages et mis le doigt sur trois problèmes fondamentaux qui semblent à l'origine de la plupart des difficultés que connaît actuellement le régime de soins de santé des Forces canadiennes, sinon la plupart. Le premier problème est l'absence d'une attitude positive, dynamique et bien définie face au diagnostic et au traitement des TSO. Le deuxième problème est l'écart qui existe entre la politique énoncée en haut lieu et la pratique au niveau de la clinique ou de l'unité. Enfin, le troisième problème observé par le Comité, qui nécessitera une intervention pangouvernementale, est la pénurie chronique de professionnels de la santé pour répondre aux besoins des membres des Forces canadiennes et de leurs familles.

ATTITUDE

Le Comité a constaté dans les témoignages qu'il a entendus que les maladies mentales sont encore mal perçues en général au sein des Forces canadiennes, et bien qu'il ait surtout été question des soldats souffrant du SSPT, on s'est rendu compte, tout bien réfléchi, que le même phénomène existe aussi bien au-delà du cadre des Forces canadiennes, chez certains membres de la population canadienne.

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, la maladie mentale est commune. Les statistiques révèlent qu'un Canadien sur cinq éprouvera un problème de santé mentale à un moment donné au cours de sa vie. La maladie mentale fait peur à bien des gens et, malheureusement, elle suscite encore bien des préjugés négatifs, comme si elle était en quelque sorte déshonorante. C'est à cause de ces préjugés négatifs que beaucoup de gens hésitent à consulter pour un problème de santé mentale, par crainte de s'exposer au mépris. Ce sentiment est malheureux, car la plupart des maladies mentales peuvent être efficacement traitées. Pire encore, les préventions dont sont l'objet les personnes atteintes d'une maladie mentale sont peut-être encore plus destructrices que la maladie elle-même³³.

Les mythes abondent sur la maladie mentale. Dans le milieu pugnace et compétitif où évoluent les militaires, la maladie mentale est parfois vue comme un signe de faiblesse. En vérité, il ne s'agit aucunement d'un défaut de caractère. C'est une maladie, et elle n'a rien à voir avec une faiblesse ou un manque de volonté. Bien que les personnes atteintes d'une maladie mentale jouent un rôle important dans leur propre rétablissement, elles n'ont pas choisi de tomber malade et ne doivent pas être jugées paresseuses parce qu'elles ne peuvent pas simplement « se secouer ».

33 Voir le site Web de l'Association canadienne pour la santé mentale à l'adresse suivante : <http://www.cmha.ca/bins/content/page.asp?cid=3&lang=2>

Le Comité n'ignore pas également que d'autres militaires canadiens peuvent aussi souffrir d'un TSO survenu ici même au pays ou dans d'autres théâtres d'opérations, ou dans des conditions de travail autres que les situations de combat. Si le Comité s'intéresse particulièrement aux militaires ayant participé à la mission canadienne en Afghanistan, ce n'est pas au détriment de ces autres personnes qui ont aussi besoin d'aide. D'ailleurs, il pense qu'en attirant l'attention sur les TSO découlant de la mission en Afghanistan, il aidera du même coup tous les militaires canadiens, y compris ceux qui ont participé à d'autres missions des Forces canadiennes, et les membres de leur famille, qui ont été éprouvés par une blessure physique ou psychologique.

En nous efforçant de bien saisir les nombres dont il est question, nous songeons constamment au fait qu'il s'agit ici de personnes. Les marins, les soldats, les aviateurs, hommes et femmes, et leurs familles constituent le centre de gravité du présent rapport. Nous reconnaissons qu'ils ont besoin de notre attention et y ont droit, pendant qu'ils composent avec des blessures, tant physiques que psychologiques, et leurs répercussions, quelle qu'en soit l'ampleur.

son service, 4 p. 100 des répondants souffrent de stress post-traumatique, 4,2 p. 100 souffrent de dépression et 5,8 p. 100 au total souffrent de l'un de ces états ou des deux et 13 p. 100 au total souffrent d'une forme ou d'une autre de maladie mentale³¹. En appliquant ces pourcentages aux quelque 27 000 membres des Forces canadiennes qui ont servi en Afghanistan depuis 2002, il semblerait que³² :

a) environ 1 120 membres des Forces canadiennes pourraient présenter des symptômes de SSPT;

b) environ 1 176 membres des Forces canadiennes pourraient présenter des symptômes de dépression;

c) environ 1 624 membres des Forces canadiennes pourraient présenter des symptômes de SSPT ou de dépression ou les deux;

d) environ 3 640 membres des Forces canadiennes pourraient présenter des signes d'atteinte mentale.

Le Comité sait que ces chiffres ne sont pas exacts ni suffisamment précis pour en tirer des conclusions particulières, d'autant plus qu'une même personne peut appartenir à plus d'une catégorie. En outre, les symptômes de TSO ou de SSPT ne sont pas nécessairement le résultat de l'affectation des personnes concernées en Afghanistan. Leur cause première peut être, par exemple, un traumatisme subi des années auparavant durant une affectation dans les Balkans, en Somalie ou au Rwanda. Cela importe peu : ces chiffres servent uniquement à donner une idée générale de l'importance ou de l'étendue du problème.

Précisons cependant que la très grande majorité des membres des Forces canadiennes sont en santé et en bonne forme physique et mentale. Ils résistent sans mal aux rigueurs des déploiements. Pour reprendre les propos de la brigadière-générale Jaeger, « [i]l importe toutefois de souligner le fait que 87 p. 100 des personnes visées par le dépistage ont affirmé être en bonne santé ». Mais cela ne devrait pas amenuiser l'importance de se pencher sur tout ce qui touche les personnes souffrant à différents degrés d'un TSO.

31 Brigadière-générale Hilary Jaeger, *Témoignages*, réunion n° 4, session 40-2, 25 février 2009. Il importe de souligner que le risque de présenter des symptômes d'un TSO augmente avec chaque nouveau déploiement lors de missions éprouvantes.

32 Il est intéressant de noter que, d'après des informations communiquées par les Forces canadiennes en avril 2009, environ 23 500 soldats ont eu une période d'affectation en Afghanistan, environ 4 000 en ont eu deux, environ 400 en ont eu trois et 20 environ en ont eu quatre. Personne n'a cinq affectations en Afghanistan à son actif.

STATISTIQUES

Voici quelques statistiques pour aider le lecteur à comprendre l'ampleur des questions abordées dans le présent rapport. Selon les informations reçues du ministère de la Défense nationale en mars 2009, le nombre de pertes canadiennes en Afghanistan entre 2002 et 2008 s'établirait comme suit :

Année	Décès au combat	Décès hors combat	Blessures au combat	Blessures hors combat
2002	4	0	8	1
2003	2	0	3	0
2004	1	0	3	5
2005	0	1	2	7
2006	32	4	180	84
2007	27	3	84	298
2008	27	5	124	170
TOTAUX PARTIELS	93	13	404	565
TOTAUX	106		969	

Tableau 1 — Statistiques sur les pertes subies par les Forces canadiennes, au 31 décembre 2008³⁰

La Rotation 7 (ROTO 7) a été déployée en Afghanistan. Depuis 2002, plus de 27 000 soldats canadiens ont servi dans ce pays. En se fondant sur les statistiques ci-dessus, on a pu établir, à la fin de 2008, les taux de décès et de pertes suivants :

a) Décès au combat 0,34 p. 100 (1/3 de 1 p. 100)

b) Décès hors combat 0,05 p. 100

c) Taux de décès total 0,39 p. 100

d) Blessures au combat 1,5 p. 100

e) Blessures hors combat 2,1 p. 100

f) Taux de blessures total 3,6 p. 100

Ces statistiques ne comprennent par les blessures psychologiques, ou TSO, dont on ne connaît pas exactement le nombre. Cependant, pour en donner une idée générale, la brigadière-générale Hilary Jaeger, médecin-chef des Forces canadiennes, a indiqué qu'à la lumière des résultats de plus de 8 200 questionnaires de dépistage compilés par

30 Courriel du cabinet du ministre de la Défense nationale envoyé à la Bibliothèque du Parlement le 3 mars 2009. Fait à noter, les données sur les blessures comprennent uniquement les blessures physiques.

- 26 Loi constitutionnelle de 1867, partie VI, article 91.7.
- 27 Loi sur la défense nationale, L.R.C., 1985, ch. N-5, art. 4; L.R.C., 1985, ch. 6 (4e suppl.), art. 10.
- 28 Voir le site Web du Partenariat fédéral pour les soins de santé à l'adresse suivante : <http://www.hnp-prfs.gc.ca/hnp-prfs/home-accueil.asp?lang=fra>.
- 29 Major-général Walter Semianiw, chef du Personnel militaire, *Témoignages*, Comité permanent de la défense nationale, séance n° 11, 7 février 2008.

Le personnel militaire des Forces canadiennes peut compter sur un éventail complet de soins de santé, depuis la promotion de la santé et la prévention des maladies jusqu'au traitement et à la réadaptation. Si la clinique de soins de santé dans une base donnée ne peut pas offrir un certain service nécessaire, on se procure alors ce service en s'adressant aux fournisseurs de soins de santé dans le secteur civil. Des arrangements ont été pris un peu partout au pays pour s'assurer que les soins régionaux sont fournis tout près de la famille immédiate du militaire ou de son réseau de soutien, ce qui est à la base même du schéma conceptuel que nous avons mis en place²⁹.

La Constitution du Canada confère au gouvernement fédéral l'autorité sur tout ce qui touche « la milice, le service militaire et le service naval, et la défense du pays²⁶ ». La *Loi sur la défense nationale* confie la responsabilité des Forces canadiennes au ministre de la Défense nationale, qui « est compétent pour toutes les questions de défense nationale²⁷ ». Les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) fournissent des soins de santé aux membres de la Force régulière et de la Force de réserve et représentent le ministère de la Défense nationale au sein du Partenariat fédéral pour les services de santé à des groupes particuliers de Canadiens, dont les Inuits et les membres des Premières nations, les membres et anciens membres des Forces canadiennes et les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)²⁸. Lorsque les Forces canadiennes ne sont pas à même de dispenser un traitement médical, on peut recourir au système de santé civil. Comme l'explique le major-général Walter Semianiw, chef du Personnel militaire :

RESPONSABILITÉS DU FÉDÉRAL, DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

Au niveau fédéral, Santé Canada, entre autres responsabilités, se charge d'établir et d'appliquer des principes ou des normes à l'échelle nationale pour le système de soins de santé dans le cadre de la *Loi canadienne sur la santé* et d'offrir des services de santé à des groupes spécifiques (p. ex. les Autochtones et les Inuits). En collaboration avec les provinces et les territoires, Santé Canada soutient le système de santé au moyen d'initiatives dans des domaines comme la planification des ressources humaines en matière de soins de santé, l'adoption de nouvelles technologies et la prestation de soins de santé primaires²³.

Dans la Constitution canadienne, la santé et les soins de santé ne sont pas traités comme un sujet en soi, pas plus qu'on n'en attribue explicitement la responsabilité à un palier de gouvernement ou à un autre. Les gouvernements provinciaux, tout comme le gouvernement fédéral, sont responsables à divers degrés des différents aspects du système de santé²⁴. Toutefois, en vertu d'un certain nombre de causes entendues par les tribunaux et d'interprétations juridiques, il est maintenant reconnu que les provinces ont la compétence prépondérante sur l'organisation et la prestation de soins de santé au Canada. Par contre, le Yukon, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas de pouvoirs constitutionnels officiels sur les soins de santé, même si, en pratique, ils assument ces responsabilités.

Bien que les provinces aient une responsabilité prépondérante dans la prestation de soins de santé, le gouvernement fédéral a une responsabilité et un pouvoir constitutionnel dans un certain nombre d'aspects très spécialisés des soins de santé (p. ex. l'approbation et la réglementation des médicaments d'ordonnance) et dans certains domaines critiques des soins de santé financés par l'État, notamment la protection et la promotion de la santé.

Exclus de la définition d'« assuré » dans la *Loi canadienne sur la santé*, les membres des Forces canadiennes se trouvent privés des soins et indemnités offerts par les systèmes de santé provinciaux²⁵. La responsabilité de leurs soins de santé incombe au ministre de la Défense nationale.

23 Site Web de Santé Canada, à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index-fra.php>.

24 Tiré de Roy Romanow, *Guide par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Rapport final de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.

25 *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., 1985, ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11.

Les dossiers médicaux des membres des Forces canadiennes sont confidentiels et seuls les patients et les professionnels de la santé des Forces canadiennes qui s'en occupent y ont accès. Conformément aux lois canadiennes sur la protection de la vie privée, les fournisseurs de soins de santé sont tenus, par leurs fonctions, de protéger les renseignements médicaux contre toute divulgation inappropriée. Ils doivent cependant faire preuve d'une diligence raisonnable dans le contexte de l'appui à l'efficacité opérationnelle tout en respectant le cadre légal et réglementaire dans lequel ils travaillent. S'il faut se garder de révéler certains renseignements, comme le diagnostic et les détails du traitement, un dialogue libre pour échanger des renseignements pertinents selon le principe du besoin de savoir est essentiel afin de maintenir l'intégrité du système de soins de santé des Forces canadiennes et de garantir que ni la personne ni la mission ne sont compromises.

Le fournisseur de soins de santé aux militaires a les obligations suivantes :

a) donner des renseignements relatifs aux CERM qui sont clairs, détaillés et pertinents sur la fiche de visite médicale;

b) informer le commandant des contraintes qui empêchent un membre des Forces canadiennes d'utiliser des armes, des appareils complexes ou de l'équipement;

c) communiquer d'autres renseignements non cliniques qui sont nécessaires afin que le commandant attribue des tâches appropriées au soldat ayant subi une blessure physique ou psychologique;

d) communiquer des renseignements réglementés aux autorités appropriées dans les cas où les lois provinciales applicables et fédérales l'exigent;

e) informer le médecin-chef de la base/du secteur quand il a des indications suivant lesquelles un commandant n'offre pas le soutien nécessaire à un patient ou ne respecte pas les CERM imposées à ce dernier²²;

f) superviser les patients provenant des Forces canadiennes et veiller à ce qu'ils prennent les médicaments et suivent les traitements prescrits.

22 Chef d'état-major de la Défense, Divulgence de renseignements médicaux ou de travail social aux officiers commandants, CANFORGEN 039/08 CMP 039 131851Z, février 2008.

médecin-chef est le responsable de la pratique clinique de la médecine dans les Forces canadiennes. Il peut discuter directement avec le CEMD de questions d'ordre médical.

Sous la direction du CPM, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes (GSSFC), que l'on qualifie parfois de 14^e régime de soins de santé du Canada, assure la prestation de soins aux membres des Forces canadiennes et exerce le commandement et le contrôle technique sur tous les établissements de santé des Forces canadiennes¹⁹. Ce groupe englobe à la fois les services de médecine et les services dentaires. Il se compose de fournisseurs de soins civils ou en uniforme travaillant au sein de 120 unités différentes de tailles diverses dans différentes régions du monde. Ces unités peuvent compter quelque 300 employés chargés des services de santé dans des bases comme Valcartier ou Petawawa, ou seulement deux employés qui fournissent un soutien en soins de santé à bord de l'un des navires de Sa Majesté ou de la station militaire la plus septentrionale du Canada, à Alert.

Les professionnels de la santé dans le système de santé des Forces canadiennes rendent compte à la chaîne de commandement de la qualité des soins donnés au personnel militaire²⁰. Leur obligation première à l'endroit de ce dernier est de maintenir son état de santé et son bien-être mental, de prévenir les maladies, de diagnostiquer et traiter les blessures, maladies ou handicaps et de faciliter le retour rapide à un niveau opérationnel de forme physique. Il s'agit là d'un concept important. Les Services de santé des Forces canadiennes s'efforcent de ramener les soldats « au combat ». Ils n'ont pas été créés ni conçus à l'origine pour offrir des soins permanents ou à long terme à des soldats qui ne se remettront jamais au point de reprendre leurs fonctions.

La principale obligation des professionnels de la santé à l'endroit de la chaîne de commandement est de faire en sorte que le personnel des Forces canadiennes maintienne un niveau d'efficacité opérationnelle et de déployabilité ou qu'il se rétablisse pour revenir à ce niveau. Il leur faut aussi tenir la chaîne de commandement au courant de l'état de santé des membres placés sous ses ordres en vue de garantir une utilisation optimale des ressources dans l'accomplissement des missions qui lui sont confiées. Si elle doit toujours considérer avec respect les avis des médecins, la chaîne de commandement a le pouvoir et la responsabilité d'employer le personnel d'une manière appropriée aux circonstances²¹.

19 Le site Web des Services de santé des Forces canadiennes se trouve à l'adresse suivante : http://www.forces.gc.ca/health-sante/default-fra.asp?/www/forces.gc.ca/health/engraph/home_e.asp.

20 Chef d'état-major de la Défense, *Divulguation de renseignements médicaux ou de travail social aux officiers commandants*, CANFORGEN 039/08 CMP 039 131851Z, février 2008.

21 ORFC, chap. 4, par. 4.20(1), suivant lequel : « Le commandant est responsable de l'organisation et de la sécurité de sa base, son unité ou son élément, mais la répartition détaillée du travail entre lui-même et ses subordonnés est laissée substantiellement à sa discrétion. »

d) soulever des préoccupations au sujet des CERM auprès du fournisseur de soins de santé ou du médecin-chef de la base, au besoin;

e) en consultation avec le médecin militaire, identifier les superviseurs d'unité qui sont autorisés à recevoir davantage de renseignements sur les CERM;

f) s'assurer que les renseignements relatifs aux CERM imposées à un membre des Forces canadiennes sont traités de manière confidentielle au sein de son unité et ne sont pas révélés à des membres du personnel qui ne sont pas autorisés à les connaître.

RESPONSABILITÉS DU MEMBRE DES FORCES CANADIENNES

Toujours dans le contexte de la présente étude, chaque membre des Forces canadiennes a les responsabilités suivantes :

a) signaler sans délai qu'il est malade, quand il souffre ou croit souffrir d'une maladie;

b) faire part à son commandant de toute incapacité à accomplir des tâches pour des raisons médicales;

c) informer son commandant ou d'autres supérieurs au besoin de toute CERM précisée par son fournisseur de soins de santé;

d) respecter les CERM qui lui sont imposées¹⁸;

e) prendre les médicaments et suivre les traitements prescrits.

Les militaires actifs doivent aussi fournir à leur famille de l'information sur les installations, les programmes et les ressources de soutien auxquels elle a accès.

RESPONSABILITÉS DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES

Le chef du Personnel militaire (CPM) répond directement au CEMD de la prestation et de la qualité des soins de santé au sein des Forces canadiennes. Le

18 Chef d'état-major de la Défense, Divulgence de renseignements médicaux ou de travail social aux officiers commandants, CANFORGEN 039/08 CMP 039 131851Z, février 2008.

soin du personnel militaire placé sous ses ordres et d'assurer son bien-être¹⁴. Le chapitre 4 des *Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes*, qui traite des responsabilités générales des officiers, précise que l'officier doit « promouvoir le bien-être, l'efficacité et l'esprit de discipline de tous les subordonnés¹⁵ ». L'officier qui commande une base ou une autre unité doit exercer le commandement sur tous les militaires qui se trouvent à cette base ou autre unité¹⁶. Les commandants à tous les niveaux sont tenus de connaître la situation personnelle et professionnelle du personnel sous leur commandement, afin de pouvoir le diriger et l'administrer comme il se doit au cours des missions qui lui sont confiées.

La chaîne de commandement militaire compte de nombreux maillons correspondant aux différents grades, depuis le chef d'état-major de la Défense (CEMD) jusqu'à la base. Notons cependant deux choses : premièrement, un aumônier ne peut commander un officier ou un sous-officier et, deuxièmement, « aucun officier, autre qu'un médecin militaire, ne doit exercer le commandement sur un médecin militaire à l'égard du traitement d'un malade¹⁷ ».

RESPONSABILITÉS DU COMMANDANT

Dans le contexte de la présente étude, le commandant a aussi les responsabilités suivantes :

- a) aider le fournisseur de soins de santé à comprendre les normes de rendement et les conditions qui correspondent normalement aux fonctions d'un militaire en particulier, de manière à imposer les [...] Contraintes à l'emploi pour raisons médicales (CERM) [...] les plus appropriées;
- b) informer le fournisseur de soins de santé quand il y a, dans son unité, d'autres fonctions que les membres des Forces canadiennes pourraient accomplir en respectant les CERM;
- c) informer le fournisseur de soins de santé quand les CERM semblent imprécises ou inappropriées dans un milieu de travail donné;

¹⁴ « Commandement », chapitre 3 des *Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes*, que l'on peut consulter sur le site Web de la Défense nationale et des Forces canadiennes à l'adresse suivante : <http://www.admfincs-smatfmsm.forces.gc.ca/qro-off/vol-01/index-tra.asp>.

¹⁵ ORFC, chap. 4, al. 402(1)c).

¹⁶ ORFC, chap. 3, par. 3.23(1).

¹⁷ ORFC, chap. 3, art. 3.33.

Dans toute étude sur les Forces canadiennes, il est important de prendre conscience de certains éléments contextuels concernant l'administration, l'organisation, le fonctionnement et l'adaptation des Forces canadiennes. Il s'agit d'éléments importants parce qu'ils expliquent en grande partie le pourquoi de certaines choses et, pour la présente étude, parce qu'ils fournissent des indices quant à la façon d'apporter des améliorations.

LE MÉTIER DES ARMES AU CANADA

Parmi les principaux éléments contextuels, il y a d'abord l'existence et l'influence du métier des armes au Canada. Tous ceux qui pratiquent ce métier acceptent volontiers la responsabilité illimitée de servir le Canada et le fait qu'on puisse leur ordonner de faire des choses qui mettraient leur vie en danger. Le principe voulant que l'on fasse passer le service avant soi illustre bien leur premier devoir à l'endroit du Canada. Les membres des Forces canadiennes adhèrent à l'idée que les opérations priment sur tout. D'ailleurs, on enseigne aux chefs militaires à agir en respectant l'ordre de priorité suivant : « la mission, l'unité et l'individu¹³ ».

Il est utile de connaître le concept du métier des armes au Canada pour comprendre la nécessité de soumettre les militaires à certaines normes de forme physique et de réaffecter ou de libérer ceux qui ne respectent pas ou ne respectent plus ces normes. Conformément au principe de « service avant soi », aucun membre des Forces canadiennes ne doit s'attendre à servir aussi longtemps qu'il le souhaite, ni même à recevoir de l'avancement. Tout est affaire de mérite. Cela étant dit, les Forces canadiennes font preuve de bienveillance dans l'interprétation des règles afin d'accorder aux soldats blessés tout le temps qu'il faut pour se remettre de leurs blessures ou pour se préparer à la vie après le service militaire.

RESPONSABILITÉS DE LA CHAÎNE DE COMMANDEMENT

Le commandement est l'autorité légale de diriger les unités subordonnées et de donner des ordres au personnel subordonné. La chaîne de commandement militaire est responsable, sur le plan professionnel, ainsi que légalement et moralement, de prendre

¹³ Forces canadiennes. *Servir avec honneur : La profession des armes au Canada*, Ottawa, Académie canadienne de la Défense, 2003.

- 9 Mary McFadyen, *Des soins sous toutes réserves : Une enquête sur le traitement des réservistes blessés*, Rapport spécial au ministre de la Défense nationale, Ottawa, Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, avril 2008, <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/rc-str/index-tra.asp>.
- 10 Mary McFadyen, *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa*, Ottawa, Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 12 novembre 2008, <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/sr-er/asm-ees-tra.asp>.
- 11 Mary McFadyen, *Un long chemin vers la guérison : Le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel*, Deuxième examen des mesures du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel, Ottawa, Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, décembre 2008, <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/osi-tso-3/index-tra.asp>.
- 12 Voir la liste intégrale des opérations actuelles des Forces canadiennes, à l'adresse http://www.forces.gc.ca/site/operations/curent_ops_f.asp.

Le Comité savait que, même si on porte généralement plus attention aux militaires blessés en Afghanistan, il y a aussi des membres des Forces canadiennes qui se blessent à l'entraînement ou dans l'exercice de leurs fonctions de garnison au Canada, et aussi parfois au cours d'autres missions à l'étranger, au sein de la force navale, aérienne ou terrestre.¹²

Au cours de cette période, trois autres rapports pertinents ont été publiés par l'ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes. Le premier, en avril 2008, portait sur les soins fournis aux réservistes blessés.⁹ On y dénonçait des inégalités dans quatre domaines : la prestation de soins de santé aux réservistes; l'uniformité des normes; le droit à des prestations adéquates et le traitement rapide des libérations pour raisons de santé des réservistes. Le deuxième rapport traitait particulièrement de l'état des services de santé mentale offerts à la BFC Petawawa¹⁰. Une des constatations générales avait trait à la pénurie de ressources en santé mentale à cet endroit. Enfin, l'ombudsman a publié un rapport spécial, en décembre 2008, qui se voulait un second suivi du rapport spécial de 2002 sur le SSPT¹¹. On y apprenait notamment que certains membres des Forces canadiennes souffrant de maux causés par le stress opérationnel, ainsi que leur famille, ne recevaient pas encore les soins que nécessite leur condition et que plus de la moitié des 31 recommandations faites dans le rapport de 2002 n'avaient pas été mises en application.

Par suite de ces rapports, et en raison de l'attention soutenue accordée par les médias aux pertes canadiennes en Afghanistan, le Comité permanent de la défense nationale a décidé d'examiner attentivement les services de santé offerts aux membres des Forces canadiennes, principalement à ceux qui sont atteints du SSPT. Son étude sur le sujet a duré un an, de février 2008 à février 2009.

nombre, limité mais tout de même inquiétant, qui disent ne pas avoir reçu toute l'attention et tous les soins auxquels ils avaient droit. Le Comité a entendu des histoires particulièrement émouvantes de militaires souffrant de blessures psychologiques.

En février 2002, l'ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes a publié un volumineux rapport spécial intitulé *Traitement systémique des membres des Forces canadiennes atteints du SSPT*⁶, où il soulignait le besoin d'améliorer les procédures relatives au dépistage, au traitement et à l'administration des membres des Forces canadiennes souffrant du SSPT, et d'offrir des soins plus attentives à leur famille. Il faisait cependant remarquer que les Forces canadiennes n'ignoraient pas ce besoin et qu'elles agissaient en amont pour y répondre.

Un premier rapport de suivi a été rendu public en décembre 2002. On y annonçait une amélioration des procédures de déploiement et des services d'aide sociale, et la détermination et la ferme résolution des hauts dirigeants à améliorer la qualité de tous les soins médicaux. On y déplorait cependant les attitudes négatives persistantes, à des niveaux inférieurs, à l'endroit des blessures psychologiques, ainsi que l'absence de soutien au niveau de l'unité.

À compter de 2006, on a commencé à entendre parler dans les médias de soldats atteints du SSPT à leur retour d'une mission de combat en Afghanistan⁶. En mai 2006, un comité permanent du Sénat a adressé des compliments aux Forces canadiennes pour leurs programmes de soins de santé mentale et leur a fait des recommandations utiles pour les améliorer.

Peu de temps après, en 2007, la vérificatrice générale du Canada a déposé un rapport sur le système de soins de santé offerts au personnel militaire⁸. Elle y soulevait des préoccupations à l'égard de certaines procédures en usage dans le système et recommandait des moyens d'améliorer la situation. Le gouvernement s'est dit d'accord avec chacune de ses recommandations.

- 5 SSPT – Syndrome de stress post-traumatique. Voir André Marin, *Rapport au ministre de la Défense nationale : Traitement systémique des membres des Forces canadiennes atteints du SSPT*, Ottawa, ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, février 2002, <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-pts-ssp/doc/pts-ssp-fra.pdf>.
- 6 La presse canadienne, « Canadian soldiers health at risk after deployment », 29 octobre 2007, <http://www.cbc.ca/health/story/2007/10/29/soldiers-study.html>.
- 7 Sénat du Canada, *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, mai 2006, <http://www.parl.gc.ca/39/1/ParlBus/commbus/senate/com-f/SOCI-F/rep-f/rep02may06-f.htm#FORMAT%20PDF>.
- 8 Verificatrice générale du Canada, « Les soins de santé fournis aux militaires », *Rapport d'octobre 2007*, chapitre 4, http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200710_04_f_23828.html.

Les opérations menées au lendemain de la guerre froide par les Forces canadiennes en Croatie, en Bosnie, en Macédoine, en Somalie, au Rwanda, à Chypre et ailleurs ont fait des victimes insoupçonnées jusqu'à présent. Au cours des années 1990, alors que les opérations augmentaient en nombre et en intensité, les Forces canadiennes ont dû se soumettre à une réduction de leurs effectifs, qui a aussi touché leurs systèmes et services de santé. La capacité d'offrir des soins de santé aux militaires s'en est trouvée considérablement réduite, seuls les services jugés essentiels étant conservés pour les opérations futures.

Après que le gouvernement eût décidé de diminuer les soins de santé prodigués en garnison au Canada et de recourir autant que possible au système de santé civil, des hôpitaux militaires offrant des soins psychiatriques ont fermé leurs portes à Ottawa, Valcartier, Halifax et Esquimalt. Des centres de réadaptation et de désintoxication ont aussi été fermés à Valcartier, Kingston, Winnipeg et Esquimalt.

Pendant ce temps, le système de santé civil subissait lui aussi de graves compressions financières et avait du mal, dans certaines régions, à répondre à la demande grandissante occasionnée par les nouveaux patients provenant des Forces canadiennes. À la fin de la décennie, le chef du Service d'examen confirmait dans un rapport que le système de soins de santé des Forces canadiennes était mal en point. C'est alors que fut lancé le projet Rx 2000 de réforme des soins de santé, qui se poursuit de nos jours.

Lorsque les Forces canadiennes sont retournées en Afghanistan en 2003 et que des soldats se sont mis à tomber au combat, on a pris conscience au sein de la population de la nécessité d'offrir des services médicaux de premier ordre à nos militaires sur le champ de bataille, au Canada ainsi qu'à différents endroits entre les deux. Le nombre de victimes ayant augmenté, surtout après le redéploiement de la Force opérationnelle interarmées de Kaboul à Kandahar, en 2005, les blessés étaient évacués des zones de combat et traités dans un hôpital militaire sur le théâtre d'opérations, avant d'être renvoyés au pays pour y recevoir d'autres soins et amorcer leur période de réadaptation. Les blessés les plus graves étaient parfois envoyés à l'hôpital militaire américain de renommée mondiale établi à Landstuhl, en Allemagne, où on leur prodiguait des soins d'urgence et on stabilisait leur état, avant d'être évacués au Canada.

Les Canadiens ont aussi appris, comme ce fut le cas lors des deux grands conflits mondiaux, de la guerre de Corée et d'un grand nombre de missions corsees menées par l'ONU au cours de la guerre froide, que nos soldats étaient exposés non seulement à des blessures physiques, mais aussi à toute une gamme de blessures psychologiques. La vaste majorité des blessés parmi nos militaires reçoivent d'excellents soins à toutes les étapes des traitements et de la période de rétablissement, mais il y en a un certain

RECOMMANDATION 33

Les Forces canadiennes devraient fournir au Comité, au vérificateur général du Canada et à l'ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes une mise à jour complète sans classification sur l'état du Système d'information (SISFC) de santé des Forces canadiennes ainsi que des précisions claires sur le moment où le système sera entièrement fonctionnel.

RECOMMANDATION 34

Le gouvernement fédéral devrait agir immédiatement afin de fournir les ressources nécessaires pour que le Système d'information de santé des Forces canadiennes puisse être entièrement fonctionnel, à l'aide notamment d'une base de données.

RECOMMANDATION 35

Le gouvernement fédéral devrait mettre sur pied des programmes coopératifs de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, afin d'offrir aux professionnels de la santé compétents des mesures incitatives pour qu'ils acceptent de fournir leurs services aux membres des Forces canadiennes et à leurs familles dans les régions où ces services font défaut.

RECOMMANDATION 36

Le gouvernement fédéral devrait poursuivre sa collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'approfondir les rapports avec les services sanitaires et sociaux communautaires locaux et d'améliorer les services de soins de santé des Forces canadiennes.

RECOMMANDATION 28

Les Forces canadiennes devraient élaborer une doctrine des services de santé couvrant les soins et les traitements dispensés aux blessés, à partir du moment où le soldat est évacué et jusqu'à ce qu'il soit rétabli ou libéré et transféré au ministère des Anciens Combattants du Canada.

RECOMMANDATION 29

Les Forces canadiennes devraient faire en sorte que leur doctrine élargie des services de santé comprenne des mesures visant le TSO à partir du recrutement et jusqu'au départ à la retraite, en mettant l'accent sur la préparation des soldats aux événements traumatismes psychologiques avant qu'ils participent à des opérations de combat. Les Forces canadiennes devraient se renseigner sur les pratiques exemplaires en matière de préparation psychologique préventive relativement au TSO et au SSPT.

RECOMMANDATION 30

Le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devraient mettre sur pied un programme permettant de suivre les meilleures pratiques de coopération et d'intégration entre les services de santé des Forces canadiennes et les services sanitaires et sociaux communautaires locaux, et adopter des normes communes élevées.

RECOMMANDATION 31

Les Forces canadiennes devraient veiller à ce qu'un aumônier militaire ou des conseillers spirituels et religieux embauchés à contrat soit disponibles dans tout centre de décompression dans un tiers lieu et que ces services soient intégrés à la stratégie des Forces canadiennes en matière de santé mentale.

RECOMMANDATION 32

Les Forces canadiennes devraient examiner régulièrement la composition des équipes multidisciplinaires des Centres de soutien pour trauma stress opérationnels et rester ouvertes à l'idée d'ajouter ou d'utiliser des professionnels cliniques qui ne se retrouvent pas habituellement dans le système de soins de santé militaire, comme des thérapeutes matrimoniaux et familiaux autorisés, et ajouter les services de ces professionnels à la liste des soins complémentaires assurés à l'égard des personnes à charge.

se rétablissent puissent continuer de servir au sein des Forces canadiennes, tant que la fonction qu'ils remplissent satisfait aux exigences opérationnelles des Forces canadiennes.

RECOMMANDATION 23

Le ministère de la Défense nationale devrait immédiatement fournir de meilleurs moyens de transport (comme des fourgonnettes modernes ou des autocars avec chauffeurs) dans les bases militaires isolées afin que les militaires et les membres de leur famille disposent d'un transport adéquat lorsqu'ils doivent se rendre à l'extérieur de la ville pour des services de soins de santé ou des rendez-vous médicaux.

RECOMMANDATION 24

Les Forces canadiennes doivent rappeler aux militaires qu'ils ont une obligation de tenir leur famille pleinement informée des services de soutien social et médical à leur disposition. Les Forces canadiennes doivent aussi continuer d'inciter les familles des militaires à se prévaloir de ces services de soutien médical et social.

RECOMMANDATION 25

De concert avec les autres intervenants membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé, le ministère de la Défense nationale, le ministère des Anciens Combattants et les Forces canadiennes devraient tenir chaque année une conférence nationale sur les meilleures pratiques et les progrès dans l'ensemble des soins de santé chez les militaires, en mettant l'accent tout spécialement sur les soins de santé mentale.

RECOMMANDATION 26

Les Forces canadiennes devraient veiller à ce que les membres d'unités de retour d'un théâtre d'opérations soient dispensés de tout autre déploiement non opérationnel qui les éloignerait de leur unité durant la phase de reconstitution post-déploiement, à moins que les professionnels de la santé mentale estiment que cela nuirait au bien-être des personnes concernées.

RECOMMANDATION 27

Les Forces canadiennes devraient veiller à ce que les membres de la chaîne de commandement des unités de retour d'un théâtre d'opérations, particulièrement aux échelons subalternes, restent en place, dans la mesure où les exigences opérationnelles le permettent, durant la phase de reconstitution post-déploiement.

RECOMMANDATION 18

Le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes devraient réunir toutes leurs installations médicales en un même lieu, sur les bases militaires, de manière à promouvoir l'idée que toutes les blessures et tous les maux seront traités avec le même respect et à faire disparaître les préjugés négatifs au sujet des problèmes de santé mentale.

RECOMMANDATION 19

Le ministère de la Défense nationale devrait s'assurer que l'on consacre des ressources adéquates à l'établissement d'un nombre suffisant d'unités interarmées de soutien au personnel et de centres intégrés de soutien au personnel pour offrir ces services dans tout le pays.

RECOMMANDATION 20

La chaîne de commandement de l'unité de la Réserve doit intervenir directement et en amont auprès des réservistes de retour au pays pour qu'ils terminent le plus tôt possible le processus post-déploiement, soit les mesures administratives, les entrevues et les rendez-vous médicaux nécessaires. Dans le cas d'un réserviste qui bénéficie de soins et de traitements continus après une période de service à temps plein, la chaîne de commandement de l'unité de la Réserve doit communiquer régulièrement avec le gestionnaire de cas des Services de santé des Forces canadiennes et suivre activement le programme de traitement du soldat.

RECOMMANDATION 21

Les Forces canadiennes doivent poursuivre leurs activités servant à informer et à sensibiliser les militaires et leurs familles au sujet de la nature du TSO et de son traitement, mais en visant tout particulièrement les commandants de la Force de réserve, les réservistes et leurs familles, surtout ceux qui habitent à une certaine distance d'une installation militaire.

RECOMMANDATION 22

Le Comité invite le ministre de la Défense nationale et les Forces canadiennes à continuer de s'efforcer d'appliquer avec compassion les règles existantes concernant l'universalité du service et les critères minimaux d'efficacité opérationnelle, afin que les soldats qui

canadiennes devraient faciliter le recours à un conseil désigné choisi par le militaire et collaborer avec ce conseil. Les membres des Forces canadiennes devraient être informés de leur droit à un conseil. Vu les conséquences de tout stress additionnel sur les parents proches des militaires, les conseils pourraient comprendre des retraités des Forces canadiennes et d'autres professionnels (comme des médecins, des psychologues et des conseillers spirituels ou religieux).

RECOMMANDATION 13

Les Forces canadiennes devraient penser à assurer la continuité de soins de qualité, avant le perfectionnement professionnel de leurs membres.

RECOMMANDATION 14

Les Forces canadiennes devraient assurer le suivi de la santé mentale de leurs membres au cours des cinq années suivant la participation à une mission opérationnelle, afin de pouvoir déceler et traiter efficacement tout trouble de santé mentale.

RECOMMANDATION 15

Les Forces canadiennes doivent reconnaître la persistance, dans leurs rangs, d'une certaine culture, peut-être même d'un préjugé négatif, à l'endroit de la maladie mentale.

RECOMMANDATION 16

Les Forces canadiennes devraient poursuivre leurs efforts de sensibilisation à la nature et au traitement d'un TSO auprès de tout le personnel militaire, et s'efforcer particulièrement d'effacer tout préjugé négatif à l'endroit de ce genre de blessure.

RECOMMANDATION 17

Les Forces canadiennes devraient intégrer l'identification et le traitement du personnel victime d'un TSO dans la matière de leurs cours de formation au commandement. Elles devraient aussi inclure plus d'information à ce sujet, pour les commandants à tous les niveaux, dans l'instruction préalable au déploiement.

l'infrastructure sanitaire. À l'étranger, cette vérification serait réalisée en collaboration avec les autorités des pays où les Forces canadiennes maintiennent des effectifs.

RECOMMANDATION 7

Les Forces canadiennes devraient multiplier les incitatifs au recrutement de professionnels de la santé. On pense par exemple à des allègements de dette des étudiants, des bourses, des primes, le paiement des droits de scolarité, l'achat de places dans les écoles de médecine des universités, à condition d'obtenir des garanties des provinces que l'argent ainsi dépensé servira à former des étudiants en santé mentale destinés aux Forces canadiennes.

RECOMMANDATION 8

Les Forces canadiennes devraient inclure, parmi les services offerts aux personnes souffrant de TSO et de SSPT, des services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

RECOMMANDATION 9

Les Forces canadiennes devraient fournir à leurs membres et à leurs familles de l'information sur le risque de violence familiale associé au TSO et au SSPT et offrir des services aux familles de militaires qui subissent ou risquent de subir ce type de violence.

RECOMMANDATION 10

Les Forces canadiennes devraient instituer un programme de sensibilisation des professionnels de la santé embauchés à contrat aux particularités de l'expérience militaire dans le contexte d'une mission internationale, surtout quand elle comporte des combats.

RECOMMANDATION 11

Les Forces canadiennes devraient officiellement reconnaître le besoin de faire intervenir, le cas échéant, certains membres de la famille dans le traitement des militaires ayant subi une blessure psychologique, et faire en sorte qu'ils soient consultés et inclus dans les plans de traitement, dans la mesure où cela peut être utile.

RECOMMANDATION 12

Quand des membres des Forces canadiennes sont blessés et ont besoin d'aide pour s'y retrouver dans les méandres administratifs complexes d'un programme de traitement et de soins, les Forces

Les Forces canadiennes doivent bien sûr traiter les blessures physiques des soldats, mais elles doivent offrir aussi, à ceux qui souffrent de TSO, les services de santé mentale et les services connexes dont ils ont besoin. Par services connexes, on entend, mais pas seulement, le counselling en matière de toxicomanie, les consultations conjugales et familiales, l'ergothérapie et la ludothérapie.

Comme les Forces canadiennes ne peuvent, à elles seules, mettre en œuvre des solutions efficaces, elles devront, pour offrir un traitement adéquat et complet des TSO, compter sur la coopération et l'appui des autres ministères. Cependant, quelles que soient les difficultés, les Forces canadiennes doivent, avec l'aide des partenaires gouvernementaux appropriés, faire tout ce qui est en leur pouvoir pour mobiliser, déployer et conserver suffisamment de professionnels de la santé et de professionnels connexes pour répondre aux besoins des membres des Forces canadiennes et de leurs familles.

RECOMMANDATION 5

Il est recommandé que le gouvernement mette sur pied, dans les 12 mois suivant la présentation du présent rapport, un conseil national de surveillance des ressources en santé, sous la direction de Santé Canada et composé de représentants des Forces canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada, d'autres ministères et organismes fédéraux pertinents, ainsi que d'autres paliers de gouvernement et intervenants intéressés, qui se réunirait régulièrement, au moins deux fois par an, pour examiner la distribution des ressources en santé au Canada et les besoins de divers groupes clients, tels que les Forces canadiennes et les familles de militaires, et pour relever les lacunes et réfléchir aux moyens d'y remédier.

RECOMMANDATION 6

Il est recommandé que Santé Canada, avec l'aide du ministère de la Défense nationale et du ministère des Anciens Combattants, procède à une vérification détaillée des services de santé offerts aux Forces canadiennes au Canada et partout dans le monde, afin de déterminer la nature et l'étendue des lacunes. Au Canada, cela pourrait être fait en collaboration avec les autorités provinciales, territoriales et municipales compétentes. Le Comité recommande qu'on porte une attention particulière aux grandes bases situées en région rurale, qui risquent le plus de manquer de ressources au niveau de

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

Le ministre de la Défense nationale et le chef d'état-major de la Défense devraient faire ensemble une annonce publique, s'adressant à tous les membres des Forces canadiennes, afin de décrire les efforts importants qui sont faits pour offrir une conception claire, moderne et éclairée des questions de santé mentale au sein des Forces canadiennes. Les chefs de commandement, de formation et d'unité devraient faire des déclarations complémentaires à leur personnel pour insister sur la nécessité d'imposer cette conception à l'échelle locale.

RECOMMANDATION 2

Le ministère de la Défense nationale devrait faire une vérification indépendante des pratiques de gestion des soins fournis aux militaires afin de déterminer l'étendue de l'écart entre la politique que les Forces canadiennes ont énoncée et les pratiques observées dans le traitement et les soins offerts couramment aux blessés des Forces canadiennes. Cela fait, les mesures nécessaires devront être prises, dans toute la chaîne de commandement, pour éliminer cet écart et améliorer les soins aux patients.

RECOMMANDATION 3

Le ministère de la Défense nationale devrait faire une seconde vérification, par une organisation indépendante, pour déterminer si le fardeau administratif qui pèse sur les professionnels de la santé des Forces canadiennes nuit à l'efficacité de la prestation des soins.

RECOMMANDATION 4

Il est recommandé que le gouvernement reconnaisse que, malgré une pénurie de professionnels de la santé au Canada, les Forces canadiennes ont l'obligation de fournir adéquatement les services médicaux nécessaires à leurs membres, notamment à ceux qui reviennent de mission et ont besoin de soins et de services de longue durée.

mentaux en particulier, au moins un militaire du rang nous a dit que le système ne répondait pas à ses besoins.

À en juger par les témoignages qu'il a entendus, le Comité pense que le problème tient principalement au manque de ressources des cliniques de première ligne et au surmenage des responsables de cas. Les prestataires de soins de santé font du mieux qu'ils peuvent, mais ils sont au bord de l'épuisement. En dépit de ces difficultés, les Forces canadiennes doivent trouver le moyen de dispenser des soins de qualité et d'en assurer la continuité.

Nous sommes parfaitement conscients des difficultés que pose le manque de ressources, le troisième problème fondamental. Le Canada est aux prises avec une pénurie chronique de professionnels de la santé³. Quand les militaires malades sont envoyés se faire soigner dans le civil, ils se retrouvent dans des queues déjà interminables. L'attente est encore plus longue dans les régions isolées et les régions rurales où l'on manque de professionnels de la santé sur place. Par ailleurs, à l'instar des autres employeurs, les services de santé des Forces canadiennes disputent aux provinces et aux établissements de santé établis les diplômés en médecine. D'après une étude réalisée par le Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS), la pénurie de médecins frise la crise⁴.

Ce qui importe en l'occurrence, c'est de bien voir que le manque de professionnels de la santé dans les Forces canadiennes dépasse ce seul cadre, et qu'on ne peut donc le pallier simplement par des injections de fonds en disant aux Forces canadiennes de recruter davantage. Le problème appelle une démarche pangouvernementale en vue de mobiliser, de déployer et de conserver suffisamment de professionnels de la santé pour répondre aux besoins croissants des militaires canadiens blessés et de leurs familles.

Ces problèmes fondamentaux engendrent des difficultés au niveau des personnes, des familles, des Forces canadiennes, du ministère de la Défense nationale et du gouvernement.

Toutes les difficultés signalées peuvent être surmontées, mais cela exigera un travail d'équipe.

3 Voir le site de l'AMC, http://www.cma.ca/index.cfm?ci_id/55125/la_id/2.htm.

4 Canadian Medical Forum Task Force on Physician Supply in Canada, novembre 1999.

Les Forces canadiennes disposent de services de santé parmi les meilleurs au monde. En effet, particulièrement sur les champs de bataille comme en Afghanistan, nos soldats, nos marins et nos aviateurs reçoivent les services médicaux les plus dévoués, les plus professionnels et les plus efficaces que le Canada puisse offrir. Les Forces canadiennes fournissent par ailleurs d'importants services de soutien social aux familles de militaires.

Cependant, aussi bons soient ces programmes et services, par certains aspects ils laissent encore à désirer et peuvent être améliorés. L'aptitude des Forces canadiennes à répondre aux besoins croissants des soldats qui se remettent d'une blessure physique ou psychologique subie au combat en Afghanistan ou ailleurs ne satisfait pas entièrement.

Le Comité a mis au jour trois problèmes fondamentaux qui semblent être à l'origine de la plupart des difficultés du système de soins de santé des Forces canadiennes.

Premièrement, d'après les témoignages que le Comité a entendus, les préjugés négatifs persistent dans les Forces canadiennes envers les personnes qui souffrent de troubles mentaux. Ces préventions ne sont pas limitées aux Forces canadiennes : elles sont répandues dans la société canadienne. Or, les préjugés négatifs dont sont victimes les personnes qui souffrent de troubles mentaux peuvent être plus destructeurs que la maladie elle-même².

Au chapitre de l'attitude vis-à-vis de la santé mentale, nous croyons que les Forces canadiennes peuvent prêcher par l'exemple. Une saine attitude permet l'instauration de pratiques appropriées où les blessures psychologiques sont traitées avec la même urgence relative et le même respect que les blessures physiques. Une fois un soldat blessé, il n'y a pas de temps à perdre. Le Comité propose que les Forces canadiennes donnent l'exemple et qu'elles instaurent et fassent appliquer scrupuleusement par les militaires de tous grades une philosophie moderne éclairée en matière de santé mentale.

Cette mesure déterminante permettra des améliorations sur tous les autres plans.

Deuxièmement, il y a la question de la mise en œuvre des politiques. Pour chaque officier supérieur ou haut fonctionnaire qui nous a parlé des mesures prises pour améliorer les soins de santé dans les Forces en général, et le diagnostic et le traitement des troubles

Dans le monde militaire, la prise en charge et le traitement efficaces des blessés sont extrêmement importants pour le moral des troupes. Si les Canadiens s'attendent de nos soldats qu'ils fassent ce qu'on leur demande, il est juste que les soldats sachent que, en retour, ils seront adéquatement pris en charge s'ils sont blessés en service commandé et que, s'ils sont tués ou blessés physiquement ou psychologiquement, leur famille sera soutenue.

La grande majorité des soldats blessés sont très bien soignés, mais il arrive que les services laissent à désirer, comme l'ont constaté des militaires ou des parents de militaires. Certains rapports publiés par le ministère de la Défense nationale, par l'ombudsman des Forces canadiennes et par le Bureau du vérificateur général du Canada font état de cas de soldats blessés qui n'ont pas reçu les soins et traitements auxquels leur famille et eux étaient en droit de s'attendre¹.

Nous répétons que nous cherchons les causes premières, fondamentales de problèmes comme le manque d'uniformité dans l'application des politiques, le manque de suivi après traitement et les préjugés négatifs que beaucoup sentent encore. Le Comité estime que de simples dépenses d'argent n'empêcheront pas la récurrence de ces problèmes. Au demeurant, ce n'est pas parce qu'un problème se présente au sein des Forces canadiennes que c'est le seul endroit où il sévit. Les pénuries de professionnels de la santé et les préjugés négatifs envers les personnes souffrant de troubles psychologiques sont répandus dans la population civile aussi. Enjoindre aux Forces canadiennes d'intervenir ne fonctionne pas toujours non plus, particulièrement quand celles-ci n'ont ni la capacité ni le mandat de régler les problèmes signalés. Beaucoup de recommandations formulées avec les meilleures intentions du monde dans des études antérieures s'attaquent aux symptômes seulement de problèmes profondément ancrés. Le Comité était déterminé à chercher les causes fondamentales des problèmes.

Nous croyons les avoir trouvées.

¹ Dans le rapport, les termes « soldats » et « militaires » sont parfois employés pour désigner les marins, soldats et aviateurs des deux sexes, avec le plus grand respect pour l'ensemble du personnel des Forces canadiennes.

INTRODUCTION

S'il y a une question qui mérite qu'on l'étudie en faisant abstraction de toute considération partisane, c'est bien celle-ci.

Et le moment idéal pour agir, c'est maintenant.

Les Forces canadiennes disposent de services de santé parmi les meilleurs au monde. En effet, particulièrement sur les champs de bataille comme en Afghanistan, nos soldats, nos marins et nos aviateurs reçoivent les services médicaux les plus dévoués, les plus professionnels et les plus efficaces que le Canada puisse offrir, de l'endroit où ils sont blessés jusqu'à l'hôpital près de chez eux où ils sont rapatriés. Par ailleurs, les Forces canadiennes savent fort bien que le bien-être des familles des militaires joue un rôle crucial dans le moral des troupes, l'efficacité des opérations et le maintien des effectifs. En conséquence, elles offrent un nombre croissant de services de santé et de soutien social aux familles de militaires.

Cependant, aussi bons soient ces programmes et services, par certains aspects ils laissent encore à désirer et peuvent être améliorés. L'attitude des Forces canadiennes à répondre aux besoins des soldats qui se remettent d'une blessure subie au combat en Afghanistan et lors d'autres opérations, notamment, ne satisfait pas entièrement, surtout en ce qui concerne le nombre croissant de militaires qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel (TSO) et en particulier du syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Le Comité permanent de la défense nationale (le comité) a étudié la prestation de services de santé aux Forces canadiennes, en particulier en ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique. Il conclut à la nécessité de redoubler d'efforts pour changer les mentalités et d'améliorer les programmes. Cependant, nous déplorant des autres rapports portant sur cette question, nous estimons que la prestation de services de santé adéquats au personnel militaire et aux membres de leur famille qui en ont besoin à la suite d'activités militaires menées sous la direction du gouvernement n'est pas l'affaire des seules Forces canadiennes, mais de l'ensemble de l'administration publique. D'autres peuvent et doivent aider.

Nous avons procédé à une étude objective des causes premières des principaux problèmes que posent les services de santé à l'intention des militaires au Canada dans le but d'offrir au gouvernement des recommandations crédibles pratiques à ce sujet. Nous espérons qu'elles seront mises en œuvre de manière efficiente et efficace, dans un esprit de collaboration de tous les ministères.

APPENDICE A : LISTE DES TÉMOINS.....	69
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT.....	75
RAPPORT DISSIDENT DU BLOC QUÉBÉCOIS.....	77
RAPPORT DISSIDENT DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE	81

41	RÉSERVISTES.....
43	CONTINUER DE SERVIR.....
45	LA FAMILLE.....
46	ACCÈS AUX SOINS.....
46	RESPECT ET EMPATHIE.....
47	PARTICIPER.....
48	LE MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE ET LES FORCES CANADIENNES
48	LE RÉSEAU DE LA SANTÉ MENTALE DANS LES FORCES CANADIENNES
49	LA RESPONSABILITÉ MORALE.....
50	MANQUE DE PERSONNEL.....
52	PRÉVENTION ET DOCTRINE ÉLARGIE.....
54	LA CLINIQUE.....
54	DÉCOMPRESSIION DANS UN TIERS LIEU.....
55	CENTRES DE SOUTIEN POUR TRAUMA STRESS OPÉRATIONNELS.....
56	LA TENUE DES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ.....
59	LE GOUVERNEMENT
59	METTRE LE GOUVERNEMENT À CONTRIBUTION.....
59	COOPÉRATION FÉDÉRALE/PROVINCIALE/TERRITORIALE/MUNICIPALE.....
61	ANNEXE A : LES TRAUMATISMES LIÉS AU STRESS OPÉRATIONNEL ET LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....
61	TSO ET SSPT.....
64	PRÉVENTION.....
65	TRAITEMENT.....
66	SOUTIEN.....
66	SSVSO.....

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
RÉSUMÉ.....	3
RECOMMANDATIONS.....	5
TOILE DE FOND.....	13
CONTEXTE.....	16
LE MÉTIER DES ARMES AU CANADA.....	16
RESPONSABILITÉS DE LA CHAÎNE DE COMMANDEMENT.....	16
RESPONSABILITÉS DU COMMANDANT.....	17
RESPONSABILITÉS DU MEMBRE DES FORCES CANADIENNES.....	18
RESPONSABILITÉS DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES.....	18
RESPONSABILITÉS DU FÉDÉRAL, DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES.....	21
STATISTIQUES.....	23
LES PROBLÈMES FONDAMENTAUX.....	26
ATTITUDE.....	26
L'ÉCART ENTRE LA POLITIQUE ÉTABLIE ET LA PRATIQUE.....	28
PÉNURIE DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.....	30
L'INDIVIDU.....	33
MANQUE DE SOUTIEN DE LA PART DE L'UNITÉ.....	33
QUALITÉ DES SOINS.....	35
CONTINUITÉ DES SOINS.....	36
LE PRÉJUGÉ NÉGATIF.....	37
UNITÉ INTERARMÉES DE SOUTIEN AU PERSONNEL.....	40

LE COMITÉ PERMANENT DE LA DÉFENSE NATIONALE

a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique.

COMITÉ PERMANENT DE LA DÉFENSE NATIONALE

PRÉSIDENT

L'hon. Maxime Bernier, c.p., député

VICE-PRÉSIDENTS

L'hon. Bryon Wilfert, c.p., député

Claude Bachand, député

MEMBRES

Steven Blaney, député	L'hon. Denis Coderre, c.p., député
Jack Harris, député	L'hon. Anita Neville, c.p., députée
Lavar Payne, député	Pascal-Pierre Paillet, député
Ray Boughen, député	Laurie Hawn, député
Cheryl Gallant, députée	

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Dawn Black, députée

Rick Casson, député

GREFFIER DU COMITÉ

Paul Cardegna

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

James Cox, Wolfgang Koerner

**POUR DE MEILLEURS SOINS : SERVICES DE
SANTÉ OFFERTS AU PERSONNEL DES FORCES
CANADIENNES, EN PARTICULIER DANS LE CAS
DES TROUBLES DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE**

**Rapport du Comité permanent
de la défense nationale**

Le président

L'hon. Maxime Bernier, c.p., député

JUIN 2009

40^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Édition, Ottawa, Canada K1A 0S9



40^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

JUIN 2009

L'hon. Maxime Bernier, c.p., député

Le président

Rapport du Comité permanent
de la défense nationale

**POUR DE MEILLEURS SOINS : SERVICES DE
SANTÉ OFFERTS AU PERSONNEL DES FORCES
CANADIENNES, EN PARTICULIER DANS LE CAS
DES TROUBLES DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE**

CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

